

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Biologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Educational :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0020707

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07739 Société : 25558
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : FADIL Mohamed
Date de naissance : 14-10-1956
Adresse : Habituelle
Tél. : 0604331303 Total des frais engagés : 300,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
"LINIQUE AL MADIN"
Tél : 05 22 77 77 40 à 4
Date de consultation : 06/05/2021
Nom et prénom du malade : FADIL Mohamed Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 06/05/2021
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/02/21 | CJ | | 3000 | Dr. Youssef ZAKA Professeur Agrégé Hématologie - Oncologie CLINIQUE AL MADIN Tel: 05 22 77 77 40 à 4 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 04/06/22 | His/G | 3000.00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

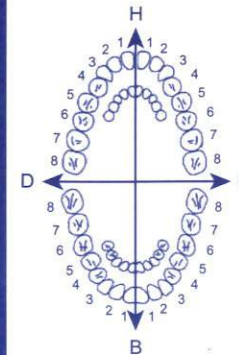
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| H | |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

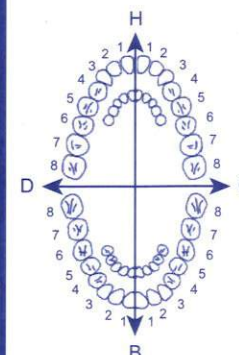
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes-Enfants
Oncologie pédiatrique
Greffe de Moelle

الدكتورة السعدية زفاض
أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعة النخاع

Casablanca, Le : 31/5/2021

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie Clinique
Adultes-Enfants
Oncologie pédiatrique
Greffe de Moelle

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 / 49
Fax: 05 22 77 77 40 / 49



CYTOGENETIQUE ONCO-HEMATOLOGIQUE

Secrétariat :
Tél : +33.1.34.40.97.76
Fax : +33.1.34.40.21.29

intfr@lab-cerba.com
www.lab-cerba.com

PATIENT

Nom : FADIL
Prénom : MOHAMMED
Nom de naissance :
Date de naissance : 14/10/1986
Sexe : M

PRESCRIPTEUR

Dr. Saadia ZAFAL
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 05 22 77 77 40 à 49
Généraliste

Signature : [Signature]

n° ADELI :

Adresse e-mail :

szafe@kmail.com

PRELEVEMENT

☐ Sang total HEPARINE ☐ Moelle milieu de transport ☐ Ganglion ☐ Autre (à préciser) :

Date de prélèvement : ____/____/____

Cachet du Laboratoire préleveur :

Heure de prélèvement : ____h ____

N° Client : C I ____/____/____

ANALYSE SOUHAITEE

☐ CARYOTYPE ONCO-HEMATOLOGIQUE : cytogénétique conventionnelle

☒ FISH (Hybridation In Situ Fluorescente) : cytogénétique moléculaire, à préciser si besoin :

Forfaits diagnostiques :

- ☐ Leucémie aiguë : Caryotype + FISH + extractions ADN et ARN (si tube EDTA complémentaire fourni) - code OPL LADIA
☐ Syndromes lymphoprolifératifs : Caryotype + FISH selon le type d'hémopathie lymphoïde - code OPL SYLEX

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (à renseigner impérativement)

DIAGNOSTIC

☐ LAM : ☐ LAL : ☐ SMD ☐ SMP (PV/TE/MF) ☐ LMC ☐ LMMC ☐ Hyperéosinophilie
☐ LLC ☐ LNH ☐ Myélome/MGUS (% de plasmocytes médullaires :%) ☐ Waldenström ☐ Autre : Syndr. lymphoprolifératif

STADE DE LA MALADIE

☐ Diagnostic : confirmé / suspecté ☐ Rémission ☐ Evolution ☐ Rechute

ALLOGREFFE : ☐ Oui ☐ Non TRAITEMENT (préciser) :

NFS (joindre la copie du dernier résultat) :

Hb 11 VGM 80 GB 67300 Plaquettes 113000 Lympho 5725 PNN 87.19 PEo 673 PBaso 0
Mono 673 Myélocémie — Blastos —

COMPLEMENT D'INFORMATION CLINIQUE SI BESOIN :

Syndr. lymphoprolifératif

Autres 0/5



RECU LE : 04/06/2021
EDITE LE : 16/06/2021

NOM & PRENOM : FADIL MOHAMED
PRESCRIPTEUR : Pr. ZAFAD SAADIA
AGE : 65 ans
Code Patient : 076927
N/REF : 10604158
ORGANE : BOM

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

SPM hyperleucocytose Matutes 0/5.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

EXAMEN MORPHOLOGIQUE STANDARD:

Trois carottes mesurant 0,4cm hémorragique et 11mm et 13mm ostéomédullaires. Elle comporte des travées osseuses régulières délimitant des logettes médullaires de richesse nette ment supérieure à la normale pour l'âge, en rapport avec une infiltration lymphomateuse diffuse et massive. Les cellules sont de taille petite à moyenne à noyau arrondi à chromatine dense et à cytoplasme réduit. Cette prolifération remplace le tissu hématopoïétique réduit à quelques îlots avec représentant les trois lignées myéloïdes.

Le réseau réticulinique est légèrement densifié en regard de l'infiltration lymphomateuse.

ETUDE IMMUNOHISTOCHIMIQUE SUR COUPE EN PARAFFINE SUR AUTOMATE BENCHMARK DE VENTANA :

Cette étude montre que les cellules tumorales expriment le CD20 de façon diffuse. Les CD3 et le CD5 marquent quelques lymphocytes réactionnels. Le CD10 est négatif. Le CD23 marque quelques cellules tumorales. La cycline D1 est positive au niveau des cellules tumorales, il s'agit d'un marquage hétérogène. .

CONCLUSION

L'aspect morphologique et immunohistochimique réalisé ici montre une infiltration médullaire diffuse par un lymphome B à petites cellules (CD5-, CD23+/-) difficile à classer. La positivité hétérogène de la cycline D1 fait discuter un lymphome à cellules du Manteau (malgré la négativité du CD5). Une Leucémie à tricholeucocytes peut également être discutée (devant la Cycine D1+ et la fibrose réticulinique).
A corrélér au reste des explorations cliniques (sd tumoral?, Frottis sanguin ? lésions digestives? ...)

Signé : Dr. Lamia JABRI

Pr. Lamia JABRI

Anatomo-Pathologiste

Centre de Pathologie Casapath

5, Rue des Hôpitaux Rés. du parc Casablanca

Tél.: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax : 05 22 22 14 24

Page 1/1



CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca
Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax: 0522 22 14 24 - Email: labocasapath@gmail.com
Patente 36333531 ICE 001624540000044

FACTURE

REF : 21/4453

Casablanca, le 04/06/2021

| | |
|---------------------|-------------------------------|
| Date de facturation | 04 / 06 / 2021 |
| Médecin traitant | Pr. ZAFAD SAADIA |
| Patient | FADIL MOHAMED - 076927 |
| Demande | H10604158 - 04/06/2021 |

Liste des examens

BIOPSIE OSTEO MEDDULAIRE (BOM)
ETUDE IMMUNOHISTOCHIMIQUE

| | | |
|----------------------|----------|-----|
| A Payer | 3 000,00 | Dhs |
| coefficient-P | 2727 | |

Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS MILLE DIRHAMS ET 00 CENTIMES

CENTRE DE PATHOLOGIE
Spécialisée - Casablanca
6, Rue des Hôpitaux - Résidence
du Parc 1er Etage N° - Casablanca
Tél: 0522 22 13 46/66 - Fax: 0522 22 14 24