

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

ique :

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

ducation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 canalaires.

adie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **07739**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **FADIL Mohamed**

Date de naissance : **14.10.1956**

Adresse : **Habituelle**

Tél. **0604 33 13 03**

Total des frais engagés : **300,00**

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Saadia ZAFAI
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADIN
Tél: 05 22 77 77 40 à 41

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 : **Carapac** Le : **06.05.2021**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
06/06/2021	CJ		300,00	Dr. S. B. A. A. A. A. Professeur Agrégé Hématologie - Oncologie CLINIQUE AL MADIN Tél: 05 22 77 77 40 à 8 + 05 22 77 77 41

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CENTRE SPÉCIALISÉ EN PATHOLOGIE "Dr. S. B. A. A. A. A." Téléphone: 05 22 77 77 42	06/06/2021	H. N.	300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

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
Greffé de Moelle

الدكتورة السعدية زفاص

أستاذة مبرزة
أمراض الدم
البالغين و الأطفال
سرطان الطفل
زراعه النخاع

٢٢٣

Casablanca, Le : ٣١/٥/٢٠٢١

P

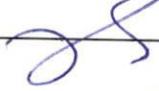
fa sit

No Panel

sym dimi lya pho zoli feratif

→ Fresh sw
sang.

Dr. Saadia ZAFAD
Professeur Agrégée
Hématologie - Oncologie
CLINIQUE AL MADINA
Tél: 0522 77 77 40 à 49 / GSM: 0662 54 23 07 - Fax: 0522 23 06 66 - Email: secretariathematologie@gmail.com
I/F: 1007171 - R/C: 407991 - Taxe Professionnelle: 34782425 - C.N.S.S: 7582358

PATIENT		PRESCRIPTEUR
Nom <u>ALI</u>	Prénom <u>Mohamed</u>	<p><i>Dr. Saâdia LAFAI</i> <i>Professeur Agrégée</i> <i>Hématologue - Oncologue</i> <i>CLINIQUE AL MADIN</i> <i>Tél: 05 22 77 77 40 à 49</i> <i>Gsm: 06 77 24 06 94 (éteignoir)</i></p>
Nom de naissance.....	Date de naissance : <u>16/10/1986</u>	Signature : 
Sexe : <u>1</u>		n° ADELI : <u>12afab@Hotmail.com</u>
PRELEVEMENT		
<input type="checkbox"/> Sang total HEPARINE <input type="checkbox"/> Moelle milieu de transport <input type="checkbox"/> Ganglion <input type="checkbox"/> Autre (à préciser):		
Date de prélèvement : <u>1/1/1999</u>		Cachet du Laboratoire préleur :
Heure de prélèvement : <u>11h 11</u>		N° Client : <u>C1111111111</u>
ANALYSE SOUHAITEE		
<input type="checkbox"/> CARYOTYPE ONCO-HEMATOLOGIQUE : cytogénétique conventionnelle <input checked="" type="checkbox"/> FISH (Hybridation In Situ Fluorescente) : cytogénétique moléculaire, à préciser si besoin :		
Forfaits diagnostiques : <input type="checkbox"/> Leucémie aiguë : Caryotype + FISH + extractions ADN et ARN (si tube EDTA complémentaire fourni) - code OPL LADIA <input type="checkbox"/> Syndromes lymphoprolifératifs : Caryotype + FISH selon le type d'hémopathie lymphoïde - code OPL SYLEX		
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (à renseigner impérativement)		
DIAGNOSTIC		
<input type="checkbox"/> LAM : <input type="checkbox"/> LAL : <input type="checkbox"/> SMD <input type="checkbox"/> SMP (PV/TE/MF) <input type="checkbox"/> LMC <input type="checkbox"/> LMMC <input type="checkbox"/> Hyperéosinophilie <input type="checkbox"/> LLC <input type="checkbox"/> LNH <input type="checkbox"/> Myélome/MGUS (% de plasmocytes médullaires : %) <input type="checkbox"/> Waldenström <input type="checkbox"/> Autre: <u>Sync. Lympho</u> <i>lymphoprolifératif</i>		
STADE DE LA MALADIE <input type="checkbox"/> Diagnostic : confirmé / suspecté <input type="checkbox"/> Rémission <input type="checkbox"/> Evolution <input type="checkbox"/> Rechute		
ALLOGREFFE : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non TRAITEMENT (préciser) :		
NFS (joindre la copie du dernier résultat) :		
Hb <u>11</u> ... VGM <u>80</u> ... GB <u>673.00</u> ... Plaquettes <u>11.00</u> ... Lympho <u>572.5</u> ... PNN <u>871.9</u> ... PEo <u>6.11</u> ... PBaso <u>0</u> ... Mono <u>673</u> ... Myélémie Blastes		
COMPLEMENT D'INFORMATION CLINIQUE SI BESOIN :		
<i>Immuno pré négatif</i> <i>Platypus 0/5</i>		

Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca



Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca

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 corréler au reste des explorations cliniques (sd tumoral?, Frottis sanguin ? lésions digestives? ...)

Signé : Dr. Lamia JABRI

Pr. Lamia JABRI Page 1/1

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



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 MEDDULLAIRE (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 étage N° 20360 - Casablanca
Tel: 05.22.22.13.46/66 Fax: 05.22.22.14.24*