

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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.

Dentaire :

- 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

La 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-665356

99434

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1246 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BHRZOUANI Ned EL MAHFOUD
 Date de naissance : 01-10-54
 Adresse : Résidence ANDALOUSSIA INA 82
 Apt 3 CASA
 Tél. : 0661462619 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : MR BHRZOUANI MOHAMMED EL MAHFOUD Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Tumeur du Sigmaïde
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Gachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 16.12.2011 | C. | | G | Dr. 0914075000 |
| 22.12.2011 | C. | | G | |

[illegible]

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| LABORATOIRE DE PATHOLOGIE IBN KHALDOUN Bis Angle Bd. Abd. Moumen et Rue Chatila Dr. F. BEKKAT Dr. A. BRITEL | 17/12/2021 | 2820 21/12/2021 2700 | 1500.DH 2700 DH |

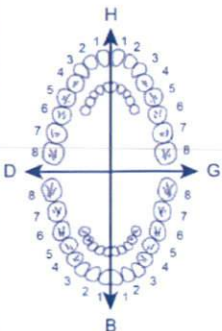
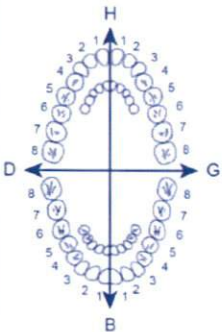
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | |
|--|---|--|-------------|---|---|---|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | |
| | | | | | | |
| | | | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | |
|  | | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | |
| | | | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> |
| | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Clinique
Abdelmoumen
Multidisciplinaire

مصحة عبد المومن
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le 27.12.2021

M^r RHABOUA N. H. EL Mahfoud

COS@ 02 W4662

Age : 67 ans.

une étude immuno-histochimique
est nécessaire

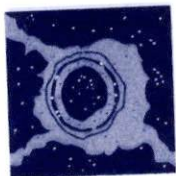
LABORATOIRE D'ANALYSES BIOLOGIQUES
IBN KHALDOUN

104, Bis Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Chatila

Dr. F. SEKKAT

Dr. A. SEKKAT

Docteur Mohammed HERIOUANI
CHIRURGIEN
Bd. Abi Houraira, Bloc 1 - No 1
Tél: 022 50 06 05 - CASABLANCA



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

FACTURE

FACTURE : 21091

CASABLANCA LE : 07/01/2022

Analyses effectuées le: 27/12/2021

Pour.....: **Mr. RHAZOUANI MOHAMED EL MAHFOUD**

Sur prescription du: Dr ONCOLOGIE

Code.....: 02W4662



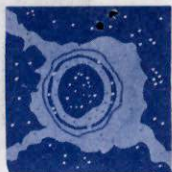
Organisme.....: **NC**

Montant Net : 2700.00

Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :
DEUX MILLE SEPT CENTS Dhs 00 Cts

LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN
104 Bis Angle Bd Abdelmoumen - 1, Rue Chatila - Casablanca
Dr. F. SEKKAT
Dr. A. BRITEL



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur :

Nom et prénom : RHAZOUANI MR ☐ MME ☐ MLLE ☐ ENF ☐

Age : 1954 MOHAMMED ELMAHFOU

Référence :

Siège et nature du prélèvement :

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

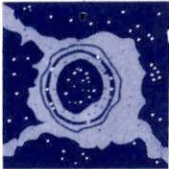
Renseignements cliniques et paracliniques :

Timen Figueroa
→ Récup. Figueroa
Radiographies :

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
IBN KHALDOUN
104, Bis Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Chatila
Dr. F. SEKKAT
Dr. A. BRITEL

Date : 16/12/12 Signature : RHAZOUANI

Docteur Mohammed
CHIRURGIE
Bd. Abi Houdra - Bloc 1 - No 1
Tél: 022 50.04.45 - CASABLANCA



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

FACTURE

FACTURE : 20857

CASABLANCA LE : 23/12/2021

Analyses effectuées le: 17/12/2021

Pour.....: **Mr. RHAZOUANI MOHAMED EL HANFOUD**

Sur prescription du: Dr HERJOUANI

Code.....: 02W4662



Organisme.....: **NC**

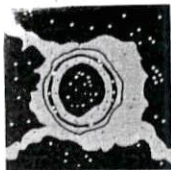
Montant Net : 1500.00

Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE CINQ CENTS Dhs 00 Cts

LABORATOIRE DE PATHOLOGIQUES
IBN KHALDOUN
104, Bis Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Chatila
Dr. F. SEKKAT
Dr. A. BRITEL



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.
ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES

Nom : RHAZOUANI MOHAMED EL MAHFOUD

Docteur : HERJOUANI

Age : 67A ans

Date de réception : 17/12/2021

Organisme : NC

Code Patient : 02W4662

Organe : Colon.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Tumeur sigmoïdienne.
Résection sigmoïdienne.

Reçu une pièce de résection colique de 18 cm de long avec des limites de résection à diamètre de 2 à 3 cm.

A la coupe, on note une tumeur circonférencielle bourgeonnante étendue sur 8 cm de long, située à 6,5 cm et 4,5 cm des limites de résection. Cette tumeur est d'aspect blanchâtre, ferme, panariétal, largement nécrotique.

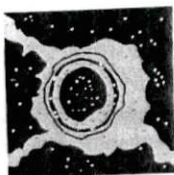
L'examen histologique des différents prélèvements effectués montre un processus tumoral peu différencié, organisé en de larges nappes cellulaires assez monotones avec des éléments de grande taille finement nucléolés entremêlés à des éléments de plus petite taille. Ce processus tumoral est largement ulcéré, panariétal, dissociant considérablement le tissu musculaire lisse étendu au méso en regard avec de larges foyers nécrotiques essentiellement en surface.

Les limites de résection passent en zone saine

En regard de la tumeur, huit ganglions ne dépassant pas 6 mm, sont individualisés, d'aspect réactionnel.

CONCLUSION : - Processus tumoral peu différencié panariétal, nécrotique étendu sur 8 cm, circonférentiel avec des limites de résection saines et huit ganglions réactionnels, une étude immuno-histochimique est nécessaire.

Signé : DR F.SSEKAT



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.
ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES

Nom : RHAZOUANI MOHAMED EL MAHFOUD

Docteur : HERJOUANI

Age : 67 ans

Date de réception : 27/12/2021

Organisme : NC

Code Patient : 02W4662

Organe :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Processus tumoral peu différencié pan-pariétal nécrotique étendu sur 8cm circonférentiel avec des limites saines et huit ganglions réactionnels, une étude immuno-histochimique est nécessaire.

IMMUNO-MARQUAGE :

Anticorps anti- Pan-cytokératine (Clone AE1/AE3, Bio SB)

Positivité des cellules tumorales.

Anticorps anti- CD20 (Clone L26, Bio SB)

Négatif

Anticorps anti-CD3 (Clone RBT-CD3e, Bio SB)

Positif sur les lymphocytes T réactionnels

Négatif sur la prolifération tumorale.

Anticorps anti- Chromogranine (Clone LK2H10, Bio SB)

Négatif.

Anticorps anti- Synaptophysine (Clone Polyclonal, Bio SB)

Négatif.

Anticorps anti-Ki67 (Clone SP6, Thermoscientific)

Marquage estimé à environ 80% des cellules tumorales.

Anticorps anti-CDX-2(Cloné EP25, Bio SB)

Négatif.

Nom : RHAZOUANI MOHAMED EL MAHFOUD
Code Patient : 02W4662

Anticorps anti-CK7 (Clone OV-TL12/30, Bio SB)

Négatif.

Anticorps anti-CK20 (Clone Ks20.8, Bio SB)

Positivité hétérogène des cellules tumorales.

CONCLUSION :

- Aspect immuno-histochimique d'un adénocarcinome colique peu différencié largement nécrosé, panpariétal dont les limites de résection sont saines.
- Absence de métastase ganglionnaire 0/6.
- Soit Stade pT3 N0 selon TNM.

Signé : F. SEKKAT

104, Bis Angle bd. Abdelhakoum et Rue Châp
Dr. F. SEKKAT
En. B. BERTIL

