

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER 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.

macie :

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.

que :

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 : 4151 Société : R.A.M / M666

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Boukhour Brahim

Date de naissance :

11/1949

Adresse :

CASA

Tél. : 06.63.47.18.51

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

Cachet du médecin :



Date de consultation :

5/05/2022

Nom et prénom du malade :

H. Boukhour Brahim

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Stéph

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 :

CASA

Le : 05/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Boukhour Brahim

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
05/09/2022	C		Gérard
07/09/2022	C	3	Yacine
11/09/2022	C	3	Chad

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE PORTE CALIFORNIE Route 109,Dar Haj Daoui Bachkou, Route de la Mecque - Casablanca - Tél: 05 22 81 20 31	02/05/22	954,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE DE PATHOLOGIQUE IBN KHALDOUN 4, Bis Angle Bd. Abdelkoumen et Rue Ch. Dr. F. SENAYT Dr A. BOUTI	05/05/2022	1 Euro + 1 Euro + 1 Euro trois milliers dinars.	30000 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

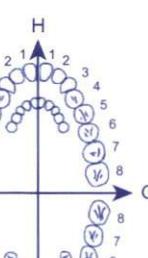
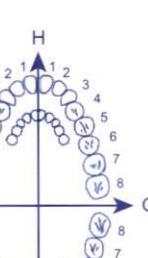
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	D	G	25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	D	G																	
25533412	00000000	21433552																	
00000000	00000000	00000000																	
00000000	35533411	11433553																	
B																			
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS															
				DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AKDITAL

Clinique Jerrada Oasis
مصحة جرادة الوازيس

Casablanca, le 7.5.22

M. BOUKDOUR BRAHIM

Né le : 01/01/1949



CJ022E05064957

$\text{M}^{\text{30}} \times 2$
OAKEN 200
 $1g \times 29 \times 8$

M^{50} ANORLON
 $1g = 2g$

$\text{M}^{\text{20}} \times 5$
DOLGEM - 200 31

$\text{M}^{\text{20}} \times 5$
NOVEX 0,5g
 $100 / i \times 10$

PHARMACIE D'ORLEANS
Route 109 Dar Haïdouci
Bachkou, Casablanca
Tél: 05 22 87 29 51

Professeur EL MREINI Moha
Chirurgien Urologue
76 Bd Abdelmoumen - Casabla
Tél: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 36

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Oroken 200 mg. cp. pel b 8
P.P.V : 116,30 DH

6118000 061069



Lot N°:

A ut.av.:

PPV(DH):

Comprimé effervescent 8x 10
AH150

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Oroken 200 mg. cp. pel b 8
P.P.V : 116,30 DH

6118000 061069

PPV :

EXP :

Lot N° :

47,80



132,00



132,00



132,00



132,00



132,00

LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Proesseur
Chirurgien Urolog
76 Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél : 0522.25.86.36 - Fax 0522.25.86.36
E-mail : elmrni@wanadoo.fr

Ordonnance du docteur

Nom et prénom : M. BOUKDOUR BRAHIM
Né le : 01/01/1949

Age :
CJ022E05064957

Référence :

Siège et nature du prélèvement :

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin Exocol Endocol Endometre
- Date des dernières règles :
- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

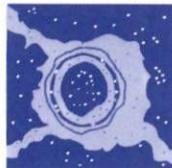
D. Prise de ch. rad. on
Q VS + 2 défécation
② coupe le idr. dr.
L'EXÉRATOIRE DE PATHOLOGIQUES
IBN KHALDOUN
104 Bis Angle Bd. Abdelmoumen et Rue Chatila
Dr. F. SEKKAT
Dr. A. BRITEL

Radiographies :

Date : 05/05/2012 Signature :
Professeur EL MRNI Moi
Chirurgien Urolog
76 Bd Abdelmoumen - Casablanca
Tél : 0522.25.86.36 - Fax 0522.25.86.36

0522.99.37.86 مكرر، زاوية عبد المؤمن - 1، زقة شاتلا - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.99.37.20/21 - الفاكس : 104 bis, Angle Bd Abdelmoumen - 1, Rue Chatila - Casablanca - Tél. : 0522.99.37.20/21 - Fax : 0522.99.37.86

Adresse Email : laboratoire.ibnkhaloun@gmail.com



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

FACTURE

FACTURE : 25436

CASABLANCA LE : 16/05/2022

Analyses effectuées le: 05/05/2022

Pour.....: **Mr. BOUKDOUR BRAHIM**

Sur prescription du: Dr ELMRINI.M

Code.....: 22VY516



Organisme.....:

Montant Net : 3000.00

Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :

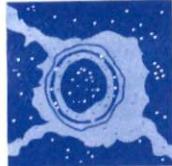
TROIS MILLES Dhs 00 Cts

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

0522.99.37.20/21 - زنقة شاتيلا - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.99.37.86 - الفاكس : 104 مكرر، زاوية عبد المؤمن - 1، زنقة شاتيلا - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.99.37.20/21 - الفاكس : 104 bis, Angle Bd Abdelmoumen - 1, Rue Chatila - Casablanca - Tél.: 0522.99.37.20/21 - Fax : 0522.99.37.86

Email : laboratoire.ibnkhaloun@gmail.com

I.F : 01085932 - Patente : 34772143 - ICE : 001676411000013



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

**Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.
ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES**

Nom : BOUKDOUR BRAHIM
Age : 73A ans

Docteur : ELMRINI.M
Date de réception : 05/05/2022
Code Patient : 22VY516

Organisme :
Organe : PROSTATE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Adénocarcinome prostatique :

- 1) Prostatectomie radicale avec deux VS et deux déférents.
- 2) Curage ganglionnaire ilio-obturateur droit.
- 3) Curage ilio-obturateur gauche.

Reçu séparément :

1- Pièce de prostatectomie radicale pesant 65g, la prostate mesure 4.5 cm de hauteur, 4cm sur l'axe antéro-postérieur et 5cm au niveau de la base.

La vésicule séminale droite est dissociée mesure 1x1.5 cm, celle à gauche mesure 1.5x2cm, les canaux déférents mesurent 1.5cm. On note la présence au fond du flacon de 5 fragments mesurant entre 1 et 2cm correspondant à un fragment de VS et des canaux déférents.

La pièce a été encrée puis incluse en totalité selon le protocole de Stanford.

L'examen histologique montre dans les deux lobes, essentiellement au niveau de la zone périphérique, étendu focalement au niveau de la zone centrale et transitionnelle, un adénocarcinome prostatique agencé en glandes acineuses isolées ou adossées (grade 3) avec une composante fusionnée ou cribriforme occupant 20% (grade 4) de la surface tumorale sans composante indifférenciée.

On note des images d'infiltration nerveuse.

On note une image d'invasion vasculaire veineuse .

La tumeur infiltré l'apex et la base.

La tumeur infiltré en un foyer de 2mm le tissu péri-prostataque proximal sans atteinte des vésicules séminales.

Les fragments décrits au fond du flacon correspondent effectivement à un parenchyme vésiculaire séminal et des canaux déférents indemnes.

Le volume tumoral est estimé à 30%.

La marge est positive sur un bloc du côté de la basale en intra-prostataque. Elle est négative ailleurs. Par ailleurs, lésions de PIN de haut grade bilatérales périphériques.

2- Curage ganglionnaire droit pèse 10g comporte 5 ganglions, ne montrant pas de foyer métastatique.

3- Curage ganglionnaire gauche pèse 15g comporte 12 ganglions non tumoraux.

Conclusion: Prostatectomie radicale avec curage ilio-obturateur bilatéral

- Adénocarcinome prostatique bilatéral, Gleason 7:3+4, grade groupe 2 de l'ISUP avec un grade 4 de 20%. Le volume tumoral est estimé à 30%.
- Présence d'un foyer minime d'extension au tissu péri prostataque sans atteinte des vésicules séminales, stade pT3a.
- L'apex et la base sont tumoraux.
- Présence d'une image d'invasion veineuse.
- La marge est positive en un foyer du côté de la basale.
- Absence de métastase ganglionnaire sur le curage ilio-obturateur : 0N+/5N à droite et (0N+/12N à gauche).

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

Signé : DR A. BRITEL *

P.C.L

104 bis, Angle Bd Abdelmoumen - 1,Rue Chatila 2ème étage -Casablanca . Tél.: 0522.99.37.20/21 - Fax : 0522.99.37.86-

E-mail :laboratoireibnkhaloud@gmail.com

I.F : 01085932 - PATENTE : 34772143 - ICE : 0016 76 411000013