

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 canaux, 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 canaux.

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



Déclaration de Maladie

M22- 0026886

187453

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1353 Société : RAT

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BERRADA ALLAL Khaled

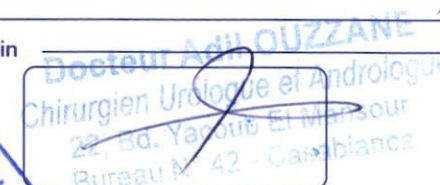
Date de naissance : 11/06/1953

Adresse : 19, La T. HAS FATEH JOULEFA CASABLANCA

Tél. : 0615 821063 Total des frais engagés : 120,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/08/2022

Nom et prénom du malade : BERRADA ALLAL Khaled Age : 69

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Prostate Leucémie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 08/08/2022

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
08/08/22	CS		grob	

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
	08/08/22	P1090	1200,00

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.

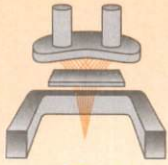
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				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																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Aut

Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraoui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr. Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'exa

M. BERRADA ALLAM KHA
Né le : 01/01/1953



De la part du Dr.

Dr ouzzane Adil

Nom et Prénom du Patient

Age

Date du prélèvement

08/08/22

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Nephro-urétérectomie Droit
Coléoscopie, Tumeur Urothéliale

Siège du prélèvement

Rein Droit

Nature de l'acte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

IRN = doute sur

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure :

Oui ☐

Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche :

Vagin ☐

Exocol ☐

Endocol ☐

- Frottis conventionnel :

CBE :

Endomètre ☐

Signature et Cachet



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 09/08/2022

FACTURE N° : 22/08216

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

1200,00 Dhs

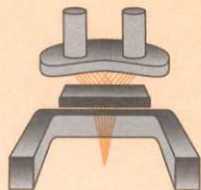
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **08/08/2022**

Pour **BERRADA ALLAM KHALED**

Sur ordonnance du : **Dr OUZZANE ADIL**





Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 11/08/22

Nom & Prénom: BERRADA ALLAM KHALED

Sur ordonnance du: Dr OUZZANE ADIL

Réf: 22H08178

Prélevé et parvenu au laboratoire le: 08/08/22

Organe ou siège du prélèvement : Rein droit

Renseignement(s) clinique(s): Age : 69 ans

Néphro-urétérectomie droite sous coelioscopie pour tumeur urothéliale

IRM : doute 8cm une double localisation pyélocalcielle et uétérale proximale

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Pièce d'urétéro-néphrectomie totale avec sa graisse péri-rénale pesant 495 grammes, mesurant 20 x 11 x 6 cm avec la graisse, le rein seul mesurant 12 x 8 x 4,5 cm, l'uretère mesurant 25 cm de long et 0,5 cm de diamètre à sa limite de résection. Il est dilaté à 1,3 cm au niveau du hile. A l'ouverture de l'uretère, la lumière est remplie d'un liquide purulent jaunâtre avec une dilatation de la paroi au niveau du hile.

On retrouve deux ganglions hilaires de 1,2 et 0,4 cm de grand axe

A la coupe, il existe une tumeur occupant les cavités pyélocalicielles qui sont dilatées, refoulant et amincissant le cortex rénal. La tumeur est friable, blanchâtre de 8 x 6 cm occupant également l'uretère sur 3 cm de hauteur. Le cortex rénal est aminci mais ne semblant pas être infiltré.

A l'examen histologique, les prélèvements réalisés au niveau du rein montrent que les cavités pyélocalicielles sont le siège d'une prolifération carcinomateuse urothéliale faite de travées anastomotiques de cellules urothéliales de grande taille, au noyau fortement anisocaryotique, hyperchromatique muni le plus souvent d'un ou deux nucléoles proéminents et montrant des figures de mitoses atypiques. Le chorion est infiltré mais la musculature et le cortex rénal ne sont pas envahis. Ailleurs le revêtement est totalement détruit et remplacé par un épais enduit fibrineux. Le parenchyme rénal adjacent est très inflammatoire, au tissu interstitiel fibrosé, parsemé de follicules lymphoïdes, ailleurs aminci mais non infiltré.

Les vaisseaux du hile sont libres. La graisse périrénale est également saine.

Les prélèvements sur l'uretère sont néoplasiques. La lumière urétérale est occupée par un carcinome papillaire de haut grade, à activité mitotique élevée (31 mitoses par dix champs au fort grossissement) infiltrant le chorion mais respectant la musculature qui est fortement amincie.

La limite de résection urétérale sur la pièce est saine.

Les deux ganglions hilaires sont indemnes, non envahis, avec hyperplasie folliculaire et histiocytose sinusale.

Conclusion : Néphro-urétérectomie droite : carcinome urothélial papillaire de haut grade des voies excrétrices (uretère et cavités pyélo-calicielles) infiltrant le chorion, respectant la musculature, avec limite de résection urétérale saine, sans métastase ganglionnaire du hile 0N+/2N, stade pT1N0.

Limite de résection urétérale saine.

Dr. Nouhad BENKIRANE
Dr. BENKIRANE
ANATOMO - PATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerktouni
Tél. 05.22.22.51.31 / 05.22.22.51.34
Fax 05.22.22.50.90
22.50.99