

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 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.

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-645818

23/10/22



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 107739

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FAISI Mohamed

Date de naissance : 14-10-1957

Adresse :

Hab. fumelle

Tél. : 0604331303

Total des frais engagés :

20590 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 :

Le : 26/10/2022

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
20/10/2009	Mes	Contre	INP	Dr. JAFAR BENJELLOUN DENTALISTE EN HENNA Avec document Center Angle BYO Tunis et Anouar 20100 CASABLANCA Fax : 0522 065 93 556

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
	26/10/892	F18n F18z	 Centre de Pathologie Spécialisée 6, Rue de l'Hôpital, 1er étage, 1340 - Casablanca 02 21 13 40 - Fax: 05 22 21 22 22

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHÉSIF

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 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"/>																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td colspan="2">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">35533411</td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession]</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411				B		G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																						
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
D																						
00000000																						
35533411																						
B																						
G																						
				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																						

Dr Jalil BENNANI
الدكتور جليل بناني

SPECIALISTE EN HEMATOLOGIE
متخصص في أمراض الدم



M6_7739

ORDONNANCE

M. Fadiel Jihamed.

le 25.10.2022

Prendre le complément pour la réalisation
de la transfusion (M, 1U) sur le
prélevement de la borse afin de
Confirmer ou exclure un LCH
Dr Jantcan

Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca
6, Rue Dr. Abdellatif Benjelloun
du par^e
ca
Tél : 0522 22 13 45 Fax : 0522 22 14 24

Dr. Jalil BENNANI
SPECIALISTE EN HEMATOLOGIE
Abdelmoumen Center Angle Bdvs.
Abdelmoumen et Anoual 20100 CASABLANCA
Tél : 0522 864 666 Fax : 0522 865 938

Dr Jami JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex-enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca

CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA DR Amina BENKIRANE
Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1^{er} étage 20360 Casablanca

Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax: 0522 22 14 24

Patente 36333531 CASABLANCA 000044

IF 40204512

CASAPATH

FACTURE

REF : 22/10326

Date de facturation 16 / 11 / 2022
Médecin traitant DR BENNANI JALIL
Patient FADIL MOHAMED - 076927
Demande O10604158 - 26/10/2022

Liste des examens

FISH HER2

Total	2 000,00	Dhs
coefficient-P	1818	
Mode de règlement	Espèce	

Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE DIRHAMS

Centre de Pathologie Spécialisée CASAPATH
6, Rue des Hôpitaux N° 1 Résidence du parc
Tél: 05 22 22 13 46 - Fax: 05 22 22 14 24

RECU LE : 26/10/2022
EDITE LE : 14/11/2022

NOM & PRENOM : FADIL MOHAMED
PRESCRIPTEUR : DR BENNANI JALIL
AGE : 65 ans
Code Patient : 076927
N/REF : 10604158
ORGANE : BOM F?ISH HER2

M& 2739

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

F?ISH

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

HYBRIDATION IN SITU EN FLUORESCENCE (FISH) ONCOLOGIQUE

Contrôle de l'infiltration tumorale réalisé au laboratoire Eurofins Biomnis

Sondes utilisées:

LSI IGH@CCND1 (t(11 ; 14) (q13 ; q32))

Qualité de la coupe: Bonne

Qualité du signal fluorescent: Bonne

Nombre de noyaux analysés: 100

Résultat (selon l'ISCN 2020):

nuc ish (CCND1x293) (IGHx2-4) (CCND1 con IGHx1*2) (100) (HER2x6) [40/100]

CONCLUSION

L'hybridation in situ fluorescente réalisée à l'aide de la sonde IGH/CCND1 montre une fusion IGH/CCND1 dans 100 % des noyaux analysés, équivalent moléculaire de la translocation t(11 ;14) (q13;q32) (100 noyaux analysés)

Signé : Dr. Lamia JABRI

Pr. Lamia JABRI

Anatomopathologiste

Centre de Pathologie Casapath

6, Rue des Hôpitaux - B.P. 111 Casablanca

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