

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 065280

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2008 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 158908
 Nom & Prénom : EDDOUK BOUCHAÏB
 Date de naissance : 1968
 Adresse : Lot Assafa Haute CASA
 Tél. : 0660251860 Total des frais engagés : #66000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11.04.2023
 Nom et prénom du malade : EDDOUK BOUCHAÏB Age : 55ans
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : max pulmonaire
 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 : 27/04/2023
 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 Règlement des Actes
M 10/04/2023	Ce	(G)		<i>Signature</i> Attestation

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	M 10/04/2023	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Signature</i> Service Radiologie	12/04/23	BDPSC	4000,00
	19-04-23	SCAMP - Guole	600,00
	12/04/23	PS50	2000,00

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 canalaires, 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>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</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																	
			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



مختبر التشريح المرضي شارع كلعيمة

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



FACTURE N° 202304288

Nom et Prénom :

Edouard Bouchent

Montant :

6000.14

Arrêtée la présente facture à la somme de :

9550

Casablanca, le

12/04/23

INPE: 091168021
ICE:
001708190000042

Cachet et Signature





AKDITAL

Clinique Ain Borja Casablanca
مصحة عين برجة الدار البيضاء

Casablanca, le 11/04/2022

2023 de 286

M. EDDOUK BOUCHAIB

masse pulmonaire

→ Biopsie Stanno Guidée



CLINIQUE AINBORJA
Service Radiologie
Tél. : 05 22 41 63 63
Fax : 05 22 40 11 12

Dr. El Hachemi EL ALAOU
Radiologue - Radiant



مختبر التشريح المرضي شارع كلميمة

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



Dr Fadoua El Mansouri

Professeur en Anatomie Pathologique

الدكتورة المنصوري فدوى

أستاذة في التشريح المرضي

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO ET CYTOPATHOLOGIQUE

Identité du patient(e) : Dr. Benmoussa

Médecin prescripteur : EDOUK BOUCHAIB

Age : 75 ans Date du prélèvement : 11/04/2022

Renseignements cliniques et para cliniques :

Processus pulmonaire périphérique

Siège et nature du prélèvement :



Examen cytopathologique :

FCV ☐ Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

Date des derniers règles : Parité :

Traitement en cours :

Dr. Sidi Youssef EL ALAOU
Radiologue Radiateur

CLINIQUE AINBORJA
Service Radiologie
Tél. : 05 22 41 63 63
Fax : 05 22 40 11 12

Signature et Cachet du Médecin

Dr. BENMOUSSA EL ALAOU
الدكتورة بن موسى غيثة
Médecin Spécialiste en Imagerie
Médicale Diagnostique

Cytopathologie conventionnelle et monocouche - Histopathologie - Histochimie - Extemporane - Immunohistochimie - Biologie moléculaire

Le 633, Rue Goulmima - 1^{er} Etage - Appt N° 2 - Bourgogne - Casablanca
à 250 m de l'hôpital My Youssef et 300 m de la Mosquée Hassan II - entre Pharmacie Laayoune et Locamed
Tél./Fax : 05 22 26 35 35 - Urgences : 06 14 88 11 88 - E-mail : anapathgoulmima@yahoo.fr

Time: 06 60 54 36 66

600 ~

Le 633, Rue Goulmima - 1^{er} Etage - Appt N° 2 - Bourgogne
(à côté Pharmacie Laayoune et LOCAMED) - Casablanca

قرب محطة الحافلات 43 - 14 - 67 - 56 - 10 - 60



مختبر التشريح المرضي شارع كلميمة

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



FACTURE N° 2023 04 2 86 BAC

Nom et Prénom : LEDOUK BOUCHAIS

Montant : 1800

Arrêtée la présente facture à la somme de : 2000

Casablanca, le 19/04/23

INPE: 091168021

ICE:

001708190000042

Cachet et Signature





AKDITAL

Clinique Ain Borja Casablanca
مصحة عين برجة الدار البيضاء

Casablanca, le 07-04-2023

Mr. Eddouk Boue Raïb
(Patient n° 111 111 111)

Bonne Raïb
Bonne Raïb
Bonne Raïb

HANANE BENFILLOU
Professeur Agrégée
Pneumo-Phtisiologie
Allergologie



مختبر التشريح المرضي شارع كلميمة

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



Dr Fadoua El Mansouri

Professeur en Anatomie Pathologique

22304286B
Hc

الدكتورة المنصوري فدوى

أستاذة في التشريح المرضي

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO ET CYTOPATHOLOGIQUE

Identité du patient(e) : EDDOUKE BOUCHAIB

Médecin prescripteur : Dr EC ALAOUE

Age : Date du prélèvement :

Renseignements cliniques et para cliniques :



Etude Immunohistochimie

Siège et nature du prélèvement :

Examen cytopathologique :

FCV ☐ Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

Date des derniers régles : Parité :

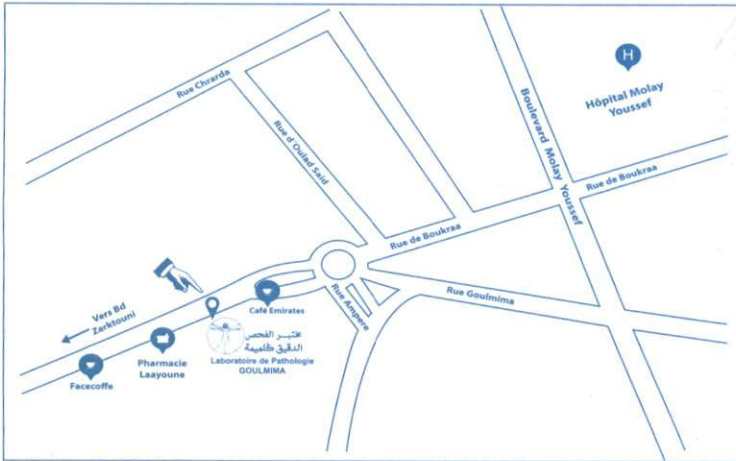
Traitement en cours :

Signature et Cachet du Médecin

Cytopathologie conventionnelle et monocouche - Histopathologie - Histo chimie - Extemporane - Immunohisto chimie - Biologie moléculaire

Le 633, Rue Goulmima - 1^{er} Etage - Appt N° 2 - Bourgogne - Casablanca
à 250 m de l'hôpital My Youssef et 300 m de la Mosquée Hassan II - entre Pharmacie Laayoune et Locamed
Tél./Fax : 05 22 26 35 35 - Urgences : 06 14 88 11 88 - E-mail : anapathgoulmima@yahoo.fr

يمكنكم الإتصال بنا هاتفيا لأخذ عيناتكم (نفقة التوصيل مجانية)



633, زنقة غلميمة - الطابق الأول - الشقة 2 - بوركون (قرب صيدلية العيون ولوكاميد) - الدار البيضاء

Le 633, Rue Goulmima - 1^{er} Etage - Appt N° 2 - Bourgogne
(à côté Pharmacie Laayoune et LOCAMED) - Casablanca

Tél/Fax : 05 22 26 35 35 - Urgences : 06 14 88 11 88 - E-mail : anapathgoulmima@yahoo.fr

قرب محطة الحافلات 43 - 14 - 67 - 56 - 10 - 60



مختبر التشريح المرضي شارع كللميمة Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



Dr Fadoua EL MANSOURI
Professeur en Anatomie Pathologique

الدكتورة المنصوري فدوى
أستاذة في التشريح المرضي

Réf. 202304286BIHC

Date : 19.04.2023

Nom et prénom : Eddouik Bouchaib

Médecin : Dr El Alaoui

Adresse : Clinique Ain Borja

Résumé des renseignements cliniques : Etude immunohistochimique.

L'examen immunohistochimique (par des clones Thermo Fischer et Dako) montre :

-L'expression intense de l'anticorps cytokératine 7 et anti TTF1 par les cellules tumorales viables.

-L'absence de l'expression des anticorps anti chromogranine A et anti P40 par ces cellules malignes.

CONCLUSION

Profil immunohistochimique en faveur d'un adénocarcinome broncho-pulmonaire peu différencié sur ce prélèvement biopsique.





مختبر التشريح المرضي شارع كللميمة

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



Dr Fadoua EL MANSOURI
Professeur en Anatomie Pathologique

الدكتورة المنصوري فدوى
أستاذة في التشريح المرضي

Réf .202304286B

Reçu le 12.04.2023

Nom et prénom : Eddouik Bouchaib

Médecin : Drs Benmoussa / El Alaoui

Age : 75 ans

Adresse : Clinique Ain Borja

Résumé des renseignements cliniques : Processus pulmonaire périphérique + Poumon.

Examen macroscopique

Il s'agit six biopsiques scannoguidées qui mesurent entre 4mm et 6mm de long. Inclusion totale. Colorations HE et PAS.

Examen microscopique

Les multiples recoupes réalisées montrent qu'il s'agit d'un parenchyme pulmonaire siège d'une prolifération carcinomateuse focalement nécrosée (sur 90%). Elle est conservée sur un fragment représentée par des travées. Les cellules sont polymorphes jointives et souvent de grande taille. Leur cytoplasme est peu abondant pâle. Les noyaux sont ovoïdes par places parfois monstrueux et anisocaryotes siège parfois d'un nucléole proéminent et de figures mitotiques. La stroma réaction est oedémato-congestive et peu inflammatoire. Il est vu des engainements périnerveux.

CONCLUSION

-Processus carcinomateux broncho-pulmonaire indifférencié et focalement nécrosé.

-Présence d'engainements périnerveux.

-A compléter par une étude immunohistochimique pour mieux étayer le phénotype (adénocarcinome, carcinome endocrine....) et les facteurs pronostics.

-Elle se fera à la demande.



CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA



090062894

CASABLANCA Le : 11-04-2023

Facture N° 05046/23

A. Identification

N° Dossier : CAB23D11101827

N° Identifiant : 054600/23

Nom & Prénom : M. EDDOUK BOUCHAIB

C.I.N : B347580

Adresse : LISSASFA OP AGENCE URBAINE IMM 134 ETG 01 NR 02

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 11-04-2023

Date Sortie : 11-04-2023

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	BIOPSIE SCANO-GUIDEE		4 000,00			4 000,00
Total Rubrique :						4 000,00
PARTIE CLINIQUE :						4 000,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						4 000,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

QUATRE MILLE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

CLINIQUE AINBORJA
Service Radiologie
Tél. : 05 22 41 63 63
Fax : 05 22 40 11 12



AKDITAL

Clinique Ain Borja Casablanca
مصحة عين بركة الدار البيضاء

CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE
مركز الفحص بالأشعة

• IRM Haut Champ • IRM Cardiaque • Scanner Multibarrette • Angio-scanner / Angio-IRM • Coloscopie virtuelle
• Dentascanner • Radiologie standard numérique • Echographie / Echo Doppler • Radiologie Interventionnelle • Coroscanner sur RDV

11/04/2023

PATIENT : EDDOUIK BOUCHAIB

PRESCRIPTEUR: ANESTHESISTE REANIMATEUR

BIOPSIE SCANNO-GUIDEE

INDICATION :

Patient âgé de 75 ans, masse pulmonaire droite.

RESULTATS :

Mise en évidence d'un processus lésionnel lobaire inférieur droit, de densité tissulaire, hétérogène, partiellement nécrosé, mesurant 66 x 41 x 49 mm.

Repérage scannographique de la masse.

Anesthésie locale.

Mise en place un trocard semi-automatique 14G.

Réalisation de 4 passages permettant le recueil de 4 carottes biopsiques.

Examen réalisé sans incidents.

Contrôle TDM en fin d'examen sans particularités.

Merci de votre confiance.

DR BENMOUSSA

Vous pouvez accéder à votre examen en consultant le lien : <http://pacswebccab.dahs.net>
identifiant : HIS447287291749 Mot de passe : HIS54600

CLINIQUE AINBORJA
Service Radiologie
Tél : 05 22 41 63 63
Fax : 05 22 40 11 12