

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

- 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.

M23-000331

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2187 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : GUEDER SAADIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668190862 Total des frais engagés : 178496 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/08/2019

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ALD Pathologie : hypertension + SPN

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

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) :

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
17/02/2023			CG	Hôpital Universitaire Ibn Rochd Pr. ASSISI HABIBI Chirurgie Urologie 091240510

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
	22.08.23	Passo	3594,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

24/08/2023

M. M. HASSAN EL GUINZER

Prise de sangolte

l'étaulement urinaire

et l'hydrocéphale

Gy.



Biochimie - Immunologie - Hématologie - Microbiologie - Anatomie pathologique

Identifiant du patient : H0123023898

Date de naissance : 10/03/1962

Sexe : F

Date de l'examen : 22/08/2023

Prélevé le : 22/08/2023 à 09:47

Édité le : 09/10/2023 à 11:29

Mme ELGUIDER SADIA

Dossier N° : 23084593K

Service : EXTERNE



Références anapath : 2308P101/2309IHC47
RC : Splénomégalie, coulée d'ADP inguinale. Biopsie gg inguinal : Ganglion d'architecture remaniée et suspecte nécessitant un immunomarquage pour étayer le diagnostic.

Compte rendu anatomopathologique

A l'étude immunohistochimique :

- 1- Anticorps anti- **CD20** : Marquage intense diffus et nodulaire.
- 2- Anticorps anti-**CD 5** : Positif assez diffus.
- 3- Anticorps anti-**BCI2** : Marquage intense diffus et nodulaire.
- 4- Anticorps anti-**Ki67** : Estimé entre 35 et 40% au niveau des zones hot spot.
- 5- Anticorps anti- **CD23** : Marquage des cellules folliculaires des centres germinatifs résiduels.
- 6- Anticorps anti- **CD10** : Marquage hétérogène.
- 7- Anticorps anti- **Cycline D1** : Marquage nucléaire intense diffus et nodulaire.
- 8- Anticorps anti- **CD3** : Marquage des cellules réactionnelles.
- 9- Anticorps anti- **CD30** : Négatif.
- 10- Anticorps anti- **Mum1** : Négatif.
- 11- Anticorps anti- **Bcl6** : Négatif.

Conclusion:

- Profil immunohistochimique en faveur d'un lymphome à petites cellules de type manteau.

Le 09/10/2023 à 11:29

Signature

OUKABLI Mohamed

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr OUKABLI Mohamed
Anatomo-Pathologique

Barcode representing the doctor's signature and information

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors genèt humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

1 /

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Oum Rabii Hay Hassani, BP 82403 Casablanca, N° +212 (0) 5 29 00 44 77

@hckofficiel

@hôpital.cheikh.khalifa

www.hck.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 116119 / 2023 du 22/08/2023

Nom patient	ELGUIDER SADIA	Entrée	22/08/2023
	PAYANTS	Sortie	22/08/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS ANAPATH	1,00	P0000	3 597,00	3 597,00
<i>Sous-Total</i>				3 597,00
Total Clinique				3 597,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE CINQ CENT QUATRE-VINGT-DIX-SEPT DIRHAMS	Total	3 597,00

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
HÔPITAL CHEIKH KHALIFA