

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



153097

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030310

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6412 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AMIN ABDENB.

Date de naissance : 3 8 1963

Adresse : habituelle

Tél : 06 18 19799 Total des frais engagés : 400 + 108 + 702 + 200 Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 / 12 / 2023

Nom et prénom du malade : BENNIS Merim Age :

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

Nature de la maladie : neoplasme colorectal

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 : 66000 Le : 11 / 12 / 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 Paiement des Actes
11/12/23			400,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/12/23	208,00 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/12/23	5680	700 DH
	11/12/23	21818	2000,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

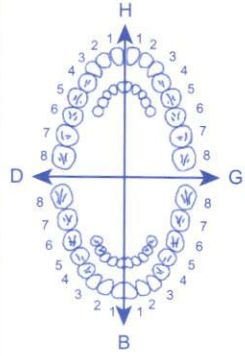
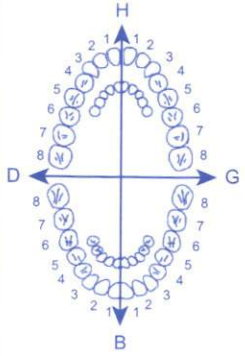
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>																						
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue - Radiothérapeute

Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

11/12/2023

MME BENNIS MERIEM

ACE
CA 19-9

719, Bd. Cheikh Moussa
HOPITAL PRIVE CASABLANCA ALHESRAA
SERVICE LABORATOIRE - N°2
INPE : 098063272
Dr. Naoutal Mamou
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue - Radiothérapeute
Route de l'Oasis, Rue des Abouettes - Casablanca
Tel 35 22 77 81 81

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma
IF : 14402100 - ICE : 001645198000028



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue - Radiothérapeute
Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

11/12/2023

Mme BENNIS MERIEM

PPV: 40DH00
PER: 09/26
LOT: M3023

1/ COTIPRED 20MG

3cp le matin pour 7 jours

2/ MYANTALGIC 20 COMP EFFE

1 comprimé Matin, midi et 1 Soir pendant 10 jours

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUDI
Coopérative Ach-charaf N°DM2
Hay Inara Haddaouia Casablanca
Tél.: 05 22 21 64 09

PPV 34DH00
EXP 01/2026
LOT 31016 3

PHARMACIE ACH-CHARAF

Dr. Bouchra TAOUDI
Coopérative Ach-charaf N°DM2
Hay Inara Haddaouia Casablanca
Tél.: 05 22 21 64 09

Dr. Naoufal Mamou
Centre International d'Oncologie Casablanca
Oncologue - Radiothérapeute
Route de l'Oasis, rue des Alouettes - Casablanca
Tél. 05 22 77 81 81

PPV 34DH00
EXP 01/2026
LOT 31016 2

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma
IF : 14402100 - ICE : 001645198000028



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Dr. Naoufal MAMOU

Oncologue - Radiothérapeute

Ancien chef de clinique des Hôpitaux de Bordeaux

Casablanca, le.....

11/12/2023

Facture N°: FC2312010508

Mme BENNIS MERIEM

Acte : Consultation

Prix : 400 Dhs

Signature

Dr. Naoufal MAMOU
Oncologue - Radiothérapeute
Centre International d'Oncologie Casablanca
4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma
IF : 14402100 - ICE : 001645198000028

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca

Tél. : 05 22 77 81 81 - Fax : 05 22 99 65 74

E-mail : info@ciocasablanca.ma

Site web : www.ciocasablanca.ma

IF : 14402100 - ICE : 001645198000028



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

Honoraires

Casablanca , le 11/12/2023

Dossier N°: 111223-040 du: 11/12/2023

Médecin Dr :MAMOU NAOUFAL

23-008990 N°Chambre

Patient :Mme BENNIS MERIEM

Analyses	Cotation	Montant
ACE : Antigène Carcino-Embryonnaire	250	335,000
Antigène CA19-9	400	536,000
Total B		650
Montant de prélèvement		11,75
Total en dirhams		700,00

SERVICE LABORATOIRE N°4
HOPITAL PRIVÉ CASABLANCA AIN SEBA
Tél : 090063272
279, Bd. Chefchaouni - Ain Sebaa

FACTURE

REF : FA23004398

Date de facturation 20 / 12 / 2023
Médecin traitant DR -
Patient BENNIS MERIEME
Demande I231211037 - 11/12/2023
Organisme AUCUN

Liste des examens

MSI MSI
ful Full RAS

Etude immunohistochimique
Full RAS MSI

A Payer 2 000,00 Dhs
Coef-P 1818

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

Laboratoire d'Anatomie
Pathologique California
Tel.: 07 01 49 49 27

REÇU LE : 11/12/2023
EDITE LE : //

NOM & PRENOM : BENNIS MERIEME
AGE : . ans
PRESCRIPTEUR : DR -
REF : I231211037
ORGANE : Full RAS MSI
ORGANISME : AUCUN

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
Full RAS MSI.

RESULTAT DU TEST KRAS:

1/Technique utilisée: Technique automatisée IDYLLA (Biocartis).

2/ Résultat du test:

Génotype KRAS	Mutation détectée dans le codon 13 du gène KRAS
Mutation	G13D
Protéine	p.Gly13Asp
Changement de nucléotide	c.38G>A

**Recherche des protéines de la réparation de l'ADN (MMR)
statut MSI/MSS par immunohistochimie**

NB : Témoin positif sur la muqueuse colique normale pour les 4 protéines MMR.

Anticorps anti- hMLH1 (Clone G168-728, Bio SB)

Positif.

Anticorps anti- hMSH2 (Clone G219-1129, Bio SB)

Positif.

Anticorps anti- hMSH6 (Clone 44, Bio SB)

Positif.

Anticorps anti- PMS2 (Clone EP51, Bio SB)

Positif.

CONCLUSION:

Pas de perte d'expression des 4 protéines MMR par les cellules tumorales (statut micro satellitaire stable).

Dr Imane BELIAMIME
Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie
3d El Qods, Imm Riad EL Quods GH2,
1er étage, Appart N° 3 - Casablanca
Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82
INPE - 061771009



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع



Casablanca, le 12/12/2023

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 111223-040 Pvt du: 11/12/2023 10:38 ***

Mme BENNIS MERIEM

IPP Patient :23-008990/23

Patient Ordinaire :

Prescrit par Dr MAMOU NAOUFAL

Page : 1/1

MARQUEURS TUMORAUX

ACE : Antigène Carcino-Embryonnaire

3,19 µg/l

Valeurs Usuelles

(Inférieur à 5)

Antériorité

Antigène CA19-9

:

22,29 U/ml

(Inférieur à 37)

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

279, Bd. Chefchaouni Ain Sebaa - Casablanca
Tél. : 05 22 68 00 00 - Fax : 05 22 35 66 44
RC : 431357 - IF : 34460126 - ICE : 002247038000079
E-mail : direction@hpc.ma - Site web : www.hpc.ma

Dr. SENTISSI Hamza
Médecin Biologiste
INPE : 090063272