

# 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie : N° P19- 0009211

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7907 Société : .....


☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : TIKAT OMAR Date de naissance : 03/06/65

Adresse : Rue 66 N° 100 Azhari I outfa

Tél. : 06 61 08 77 15 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

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 : ...../...../.....

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
17/04/13		V	400DH	
04/08/13				

# 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
	1/8/13	Nicolas Bilateral	2800 dh
	01/08/13	p1030	1200.00 dh
	07/08/13	P1909	2200 dh

# AUXILIAIRES MEDICAUX

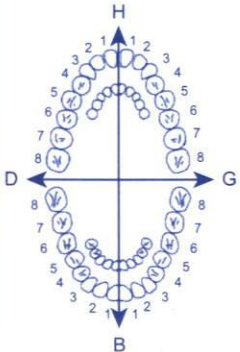
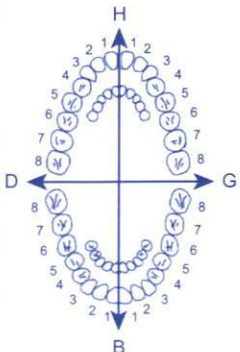
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

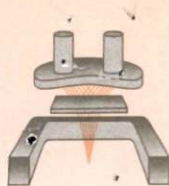
## Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <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>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		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraoui  
Anatomo - Cytopathologiste

Dr. Nouhad Benkirane  
Anatomo - Cytopathologiste

## Demande d'examen

De la part du Dr. ....

Nom et Prénom du Patient .....

Age .....

Date du prélèvement .....

Référence .....

Patient: **BABA LAHCEN ASMAA**

Examen:

**MICRO BIOPSIE MAMMAIRE**

**BILAT SOUS ECHO**

Dossier N°: 19011590

N° Dossier 19011590

01/08/2019

F-19-08-0068-053

Renseignements cliniques et paracliniques .....

*Micubiopsie I et II*

*recherche de résiduo*

Siège du prélèvement .....

Nature de l'acte réalisé .....

*zone cicatricielle et*

Thérapeutique préalablement instituée .....

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



~

17/7/819

A — BABA LAHCEN

Niassioppe  
dhat  
(ferdive ?)



Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH  
 Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

CASABLANCA, LE 01/08/2019

## FACTURE

N° Admission : 19011590      N° Facture : 19011376      Date facturation : 01/08/2019

Nom et prénom du patient : **ASMAA BABA LAHCEN**

Organisme : **PAYANT**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
MICRO BIOPSIE MAMMAIRE BILAT SOUS ECHO	1.00	2 800.00	2 800.00
		Sous-Total	2 800.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux mille huit cents dirhams

**Total : 2 800.00**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire :



2018 & 19  
A BABALAKEN ASM

Eh de Resberg +  
I HC

des bi - pte manny  
et.



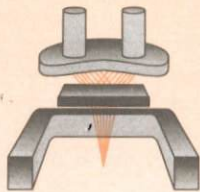
17/17/219

A - BABALAKEN  
ASm

Nia-Si-pi de la main  
dent (fendue!)







# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 07/08/19

Nom & Prénom : Mme BABA LAHCEN ASMAA  
Sur ordonnance du : Dr ZOUAOUI ABDELAZIZ // Dr  
HAFIANI  
Réf. : 19H08028

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 07/08/19

Organe ou siège du prélèvement : Sein

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 53 ans

Carcinome mammaire infiltrant peu différencié de grade II de SBR  
(différenciation : 3, pléomorphisme : 2, index mitotique : 2)

## ETUDE IMMUNO-HISTOCHIMIQUE

Anticorps utilisés	Tumeur étudiée	
	Intensité	%
Récepteurs d'œstrogène Clone : SP1	+++	100%
Récepteurs de progestérone Clone : PgR636	+	10%
Anti Ki 67 Clone : 30-9	+++	70%
Anti E-Cadhérine Clone :	-	0%

**Conclusion :** - Profil immunohistochimique compatible avec un carcinome lobulaire infiltrant.

- Les récepteurs hormonaux sont positifs évalués à 100% pour les RE et 10% pour les RP.

- L'index de prolifération est estimé à 70%.

## HERCEPT TEST

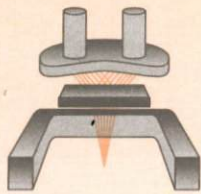
Anticorps utilisés	Score Cellules Tumorales		Score Témoin Externe		Contrôle Négatif	
	Intensité	%	Intensité	%	Intensité	%
C Erb 2 test	-	0%	3+	100%	-	0%

**Conclusion :** L'Hercept Test est négatif (score 0) au niveau de la tumeur.

Dr L. LARAQUI

Pr. Laïla LARAQUI  
ANATOMO-PATHOLOGISTE  
52, Boulevard Zerktouni  
Tél : 05.22.22.51.31 / 05.22.22.51.34  
Fax : 05.22.22.50.90





# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 05/08/19

Nom & Prénom : Mme BABA LAHCEN ASMAA  
Sur ordonnance du : Dr ZOUAOU A // Dr HAFIANI  
Réf. : 19H08028

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 01/08/19

Organe ou siège du prélèvement : sein.

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 53 ans

Microbiopsie I et II recherche de récidence zone cicatricielle  
et graisseuse

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

I- L'examen histologique a porté sur quatre carottes de 0,3 à 0,6 cm de long, montrant à l'examen microscopique un tissu mammaire massivement infiltré par une prolifération carcinomateuse peu différenciée faite de travées et de cordons de cellules arrondies ou cubiques à cytoplasme éosinophile clair et à noyau irrégulier hyperchromatique, modérément anisocaryotique montrant en moyenne quatre figures de mitoses sur dix champs au fort grossissement, l'ensemble évoluant au sein d'un stroma fibreux parsemé d'amas lymphocytaires.

Par ailleurs, il n'est pas observé d'embolie vasculaire sur ces fragments.

**Conclusion** : Microbiopsie mammaire droite du nodule 1 : Aspect histopathologique d'un carcinome mammaire infiltrant lobulaire de grade II de SBR (différenciation : 3, pléomorphisme : 2, index mitotique : 2).  
L'étude des récepteurs hormonaux, de l'Hercept et du Ki67 seront réalisés à la demande.

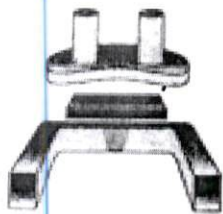
II- L'examen histologique a porté sur cinq carottes de 0,3 à 1,5 cm de long, montrant à l'examen microscopique un tissu mammaire massivement infiltré par une prolifération carcinomateuse peu différenciée faite de travées et de cordons de cellules arrondies ou cubiques à cytoplasme éosinophile clair et à noyau irrégulier hyperchromatique, modérément anisocaryotique montrant en moyenne quatre figures de mitoses sur dix champs au fort grossissement, l'ensemble évoluant au sein d'un stroma fibreux parsemé d'amas lymphocytaires.

Par ailleurs, il n'est pas observé d'embolie vasculaire sur ces fragments.

**Conclusion** : Microbiopsie mammaire droite du nodule 1 : Aspect histopathologique d'un carcinome mammaire infiltrant lobulaire de grade II de SBR (différenciation : 3, pléomorphisme : 2, index mitotique : 2).  
L'étude des récepteurs hormonaux, de l'Hercept et du Ki67 seront réalisés à la demande.

Dr L. LARAQUI

Pr. Laïla LARAQUI  
ANATOMO - PATHOLOGISTE  
52, Boulevard Zerketouni  
Tél.: 0522 22 51 31 / 0522 22 51 34  
Fax: 0522 22 50 96



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laila LARAQUI

Casablanca, le 24/09/2019

**FACTURE N° : 19/09625**

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 :

**2200,00 Dhs**

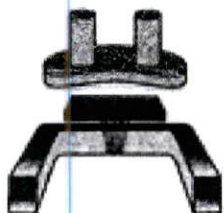
**DEUX MILLE DEUX CENTS DIRHAMS**

Concernant les analyses exécutées le **07/08/2019**

Pour **BABA LAHCEN ASMAA**

Sur ordonnance du : **Dr ZOUAOUI ABDELAZIZ // Dr HAFIANI**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
DU CENTRE  
52, Boulevard Zerktouni  
Tél.: 0522 22 51 31 / 34 Fax: 0522 22 50 90



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 01/08/2019

**FACTURE N° : 19/08025**

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 **01/08/2019**

Pour **BABA LAHCEN ASMAA**

Sur ordonnance du : **Dr ZOUAOUI ABDELAZIZ // Dr HAFIANI**

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
DU CENTRE  
52, Boulevard Zerktouni  
Tél: 0522 22 51 31 / 34 Fax: 0522 22 50 90