

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 6745

Société : RAM :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Laguerad Aicha

Date de naissance : 28/07/59

Adresse : 94 lot Bouelra Sidi Maarouf Casab

Tél. : 0672763516

Total des frais engagés : 2332,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Confidentiel

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ZRIOUT Zouheir Age: 59

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causés 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) : Laguerad

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	MONTANTS DES SOINS
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	DEBUT D'EXECUTION
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	FIN D'EXECUTION
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Coefficient des Travaux
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	MONTANTS DES SOINS
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	DATE DU DEVIS
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, C, D, E, F, G, H pour les arches.	DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 00000000	G 21433552 00000000
D 00000000 35533411	B 00000000 11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ATLAS
FACTURATION
Rue Jean Jaurès Casablanca
Tél: +212 522 27 94 94 Fax: 022 27 90 00

Rémi Zouhair

+ Fibroscopie

Béni Slim

POLYCLINIQUE ATLAS
FACTURATION
Rue Jean Jaurès Casablanca
Tél: +212 522 27 94 94 Fax: 022 27 90 00

Dr. Maâzouz Refoua
Spécialiste en Gastroentérologie
34, Bd. Sidi Abdellah N° 3, Casablanca
Tél: 05 22 59 47 36 - M. 05 22 59 47 36 -
Fax: +212 522 27 90 00 - N° 3, Casablanca
Tél: +212 522 27 94 94 - Fax: +212 522 27 90 00

05 12 23

ZRiou Zouheir

82.10



- INEXIUM 20 mg

150 mg par jour le matin

T: 82,10

1 mois

Dr. Madzouz Keltou
Spécialiste en Gastroentérologie
et oncologie digestive
134, Bd. Bir Anzarane et Rue Ahmed Fathallah
Imra Aya, 1er étage, Appr. N°3 - A
Tél: 05 22 99 47 30 - 05 22 99 47 31



Cadre réservé à la Compagnie AXA Assurance Maroc (commentaires)



réinventons /

l'assurance et l'épargne

Déclaration maladie n° 9118840

A remplir par la contractante

Numéro de police / catégorie _____

Date de dépôt du dossier _____

Numéro de bordereau _____

Cachet de l'entreprise

Numéro de sinistre _____

Matricule de l'assuré _____

Numéro d'affiliation
à AXA Assurance Maroc _____

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)

Date des soins _____

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés _____

A remplir par le médecin

Nom et prénom de malade

Lien de parenté _____

Age du malade _____

Nature des soins _____

Dans le cas où la maladie aurait caractère confidentiel, communiquer le renseignement sous pli séparé à l'attention de notre médecin-conseil.

Cadre réservé à AXA Assurance Maroc

Cachet de la cellule « bordereaux »

Cachet de la cellule « traitement »

N° :

Nom de l'assuré : Matricule :

Bénéficiaire : Lien de parenté :

Frais exposés : dh Date de dépôt du dossier : / / Numéro d'ordre :

N° de sinistre : Numéro de bordereau : Date des soins : / /



Quittance De Remboursement
Maladie Maternite

Société	: STE SOREAD	N° de sinistre	: 93792677
Contrat n°	: V80580100 / 00	N° dossier	: 9118840
N° d'affiliation	: 86	Réf dossier	: 9118840
Matricule Société	: 0	Date de survenance	: 05/12/2023
CIN	: CCC	Date de traitement	: 25/01/2024
Assuré	: ZRIOUI ZOUHAIR	Date de remboursement	: 25/01/2024
Bénéficiaire	: ZRIOUI ZOUHAIR	Code agence	: 0-

Nature des prestations	Dépense réelles en dhs	Base de remboursement	Coef (nbre)	Taux en %	Remboursement autre Cie	Remboursement AXA
MEDICAMENTS	82,10	82,10	0	85,00	0,00	69,78
FIBROSCOPIE	1 800,00	1 650,00	0	85,00	0,00	1 402,50
ANALYSES B	450,00	450,00	0	85,00	0,00	382,50
	2 332,10	2 182,10			0,00	1 854,78

Observations :

Informations :



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 08/12/2023

FACTURE N° : 23/12298

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 :

450,00 Dhs

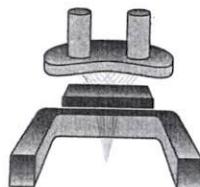
QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **06/12/2023**

Pour **ZRIOUI ZOHEIR**

Sur ordonnance du : **Dr MAAZOUZ KELTOUM//Dr RADHI**

Laboratoire de Pathologie
du Centre
52, Boulevard Zerkouni, Casablanca
Tél: 0522.2251.31/34
Fax: 0522.2250.90



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 07/12/23

Nom & Prénom : Mr ZRIOUI ZOHEIR
Sur ordonnance du : Dr MAAZOUZ K//Dr RADHI
Ref. : 23H12144

Prélevé le : 05 et parvenu au laboratoire le : 06/12/23

Organe ou siège du prélèvement : Estomac

Renseignement(s) clinique(s) : Biopsie estomac : HP

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Ce prélèvement est constitué de quatre fragments biopsiques. Deux correspondent à une muqueuse gastrique de type fundique dont la composante épithéliale est bien différenciée de hauteur conservée et sans anomalie cytonucléaire. Le chorion est légèrement infiltré d'éléments inflammatoires lympho-plasmocytaires. Les deux autres fragments sont de type antral, aux structures épithéliales également normales et à chorion légèrement inflammatoire.

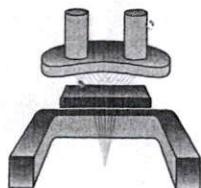
La recherche d'hélicobacter pylori sur coloration spéciale, est restée négative.

Conclusion : Gastrite antro-fundique chronique légère (+) non atrophique sans signe d'activité sans hélicobacter pylori.

Absence de signe de dysplasie ou de métaplasie intestinale.

Pas de malignité.

Dr L.LARAQUI QUI
Pr. Laïla LARAQUI
ANATOMO-PATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerkouni
Tél.: 0522 22 51 34
Fax: 0522 22 50 90



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 07/12/23

Nom & Prénom : Mr ZRIOUI ZOHEIR
Sur ordonnance du : Dr MAAZOUZ K//Dr RADHI
Ref. : 23H12144

Prélevé le : 05 et parvenu au laboratoire le : 06/12/23
Organe ou siège du prélèvement : Estomac
Renseignement(s) clinique(s) : Biopsie estomac : HP

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

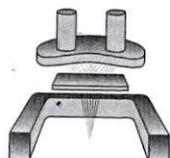
Ce prélèvement est constitué de quatre fragments biopsiques. Deux correspondent à une muqueuse gastrique de type fundique dont la composante épithéliale est bien différenciée de hauteur conservée et sans anomalie cytonucléaire. Le chorion est légèrement infiltré d'éléments inflammatoires lympho-plasmocytaires. Les deux autres fragments sont de type antral, aux structures épithéliales également normales et à chorion légèrement inflammatoire.

La recherche d'hélicobacter pylori sur coloration spéciale, est restée négative.

Conclusion : Gastrite antro-fundique chronique légère (+) non atrophique sans signe d'activité sans hélicobacter pylori.

Absence de signe de dysplasie ou de métaplasie intestinale.
Pas de malignité.

Dr L.LARAQUI
Pr. Laïla LARAQUI
ANATOMOPATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerkouni
Tel: 0522 22 51 31 / 0522 22 51 52
Fax: 0522 22 56 50



Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraqui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr. Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

202 / RASH

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient

Age

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Siège du prélèvement

Nature de l'acte réalisé

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

ESPACE ERREDA - 52, Bd. Zerkouni - 3^e étage, N° 25 - Casablanca - Tel. : 05.22.22.51.31 / 05.22.22.51.34 - Fax : 05.22.22.50.90
Patente N° 34206650 - TVA N° 819561 - CNSS N° 2364917

POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDICHIPLINAIRE

+212 5 22 27 94 94 FAX +212 5 22 27 90 00
CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 05/12/2023 Heure 14:29

Nom et Prénom du patient Mr ZRIOUI ZOUHEIR

Age ou Date Naissance 124 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant MAAZOUZ KELTOUM

Durée prévue d'hospitalisation (jours) :

0

0.00

Motif d'hospitalisation ...

Affiliation à une couverture maladie

OUI

POLYCLINIQUE ATLAS
FACTURATION
27 Rue Jean Jaurès Casablanca
+212 5 22 27 94 94 Fax : 022 27 90 00

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT - AXA ASSU. M

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 05/12/2023

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0

Nom et prénom du signataire

Signature

POLYCLINIQUE ATLAS**NOTE D'HONORAIRES**

Le : 05/12/2023

Références

5 534 / PAYANT

Entrée / Sortie : 05/12/2023 - 05/12/2023

Le Dr. ANESTHESISTE REANIMATEU

présente à Mr ZRIOUI ZOUHEIR

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
300.00 Dhs TROIS CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

*Cachet et signature***POLYCLINIQUE ATLAS****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 05/12/2023

Références

5 534 / PAYANT

Entrée / Sortie : 05/12/2023 - 05/12/2023

Le Dr. MAAZOUZ KELTOUM

présente à Mr ZRIOUI ZOUHEIR

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
800.00 Dhs HUIT CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

*Cachet et signature*

FIBROSCOPIE OESOGASTRODUODÉNALE

ZRIOUI Zouheir

Casablanca le, 05/12/2023

Opérateur : Dr Maazouz
Appareil : Olumpus
Anesthésie : Dr Benny
Lieu : Clinique Atlas

Clinique

epigastralgie

Examen

oesophage beance cardiale pas doesophagite

estomac gastrite antrale erosive sans véritable ulcère

biopsie fundite à gros plis

biopsie

bulbe sain

duodenum normal jusqu'en d2

Conclusion

gastrite diffuse

antrite erosive

biopsie

Dr. Maazouz Keltoum
Spécialiste en Gastroentérologie
et oncologie digestive
134, Bd. Bir Anzarane et Rue Ahmed Eljorani
Imm. Aya, 1er étage, Appt. N°3 - Marif
Tél: 05 22 99 47 30 - INPE/09.11.66.777

'ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	ZRIOUI ZOUHEIR	N° Facture :	5 534	E201223
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant	
DIPRIVAN	1	39.08	39.08	
FLUIDES MEDICAUX AG par Mn (001)	10	5.00	50.00	
K-Y/PATIEN 42G POMMADE (01)	1	15.00	15.00	
LIDOCAIN 2% INJ (01)	1	10.30	10.30	
Sous-Total médicaments			114.38	
COMPRESSES PATIENT (001)	10	2.50	25.00	
GANT JETABLE	6	5.00	30.00	
INTRANULE BLEU 22 GA (001)	1	20.00	20.00	
LUNETTE A O2 (001)	1	20.00	20.00	
PINCE A BIOPSIE JETBLE (001)	1	150.00	150.00	
SERINGUE 10 CC (001)	2	5.00	10.00	
Sous-Total consommable médical			255.00	
(*) Conditionnement hospitalier		Total pharmacie	369.38	



 Polyclinique de Casablanca
 FACTURATION
 27 Rue Jean Jaurès Casablanca
 Tel: 052 27 96 94 Fax: 052 27 96 94



F A C T U R E

N° 5 534 / 2023 du 05/12/2023

Nom patient	ZRIOUI ZOUHEIR	Entrée 05/12/2023	Sortie 05/12/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
FIBROSCOPIE F/SALLE	1.00	K	330.62	330.62
			Sous-Total	330.62
PHARMACIE	1.00		369.38	369.38
			Sous-Total	369.38
Total Frais Clinique				700.00
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. ANESTHESISTE REAN (anesth. rea)	1.00		300.00	300.00
DR. MAAZOUZ KELTOUM (gastro enterologue)	1.00		800.00	800.00
			Sous-Total	1 100.00
Total prestations externes				1 100.00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> MILLE HUIT CENTS DIRHAMS	Total général 1 800.00

Encaissements	Espèces			Total encaissé	Solde
	1 800.00			1 800.00	0.00