

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.

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° M21- 063258

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5745 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 196164
 Nom & Prénom : Laguerad Aicha
 Date de naissance : 28/07/59
 Adresse : 94 lot Boudira Sidi Naarouf Casablanca
 Tél. : 0672763516 Total des frais engagés : 2332,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : ZRIOU Zouheir Age: 59
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Laguerad Aicha Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

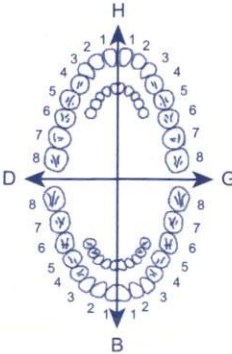
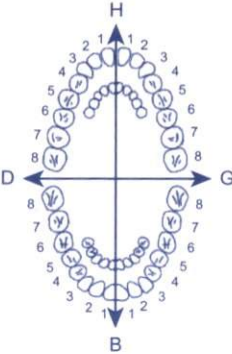
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
OD.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

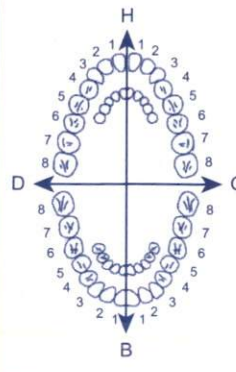
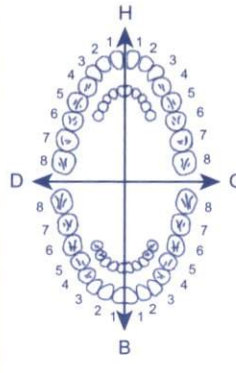
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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				
		<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D0000000000000000G</div><div>3553341111433553</div></div><div>B</div></div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					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

ZRioui Zouheir

+ Fibroscope

Epifascial

POLYCLINIQUE ATLAS
 FACTURATION
 17, Rue Jean Jaurès - Casablanca
 Tél: 022 27 94 94 Fax: 022 27 94 00

Dr. MAZOUZ ZELOUZ
 Spécialiste en Gastroentérologie
 134, Bd. de l'Indépendance - Casablanca
 Tél: 05 22 59 47 30 - 11 66 77

www.polycliniqueatlas.com

05 22 23

2 Riou Zouheir

82.10

1s

- INE xiv m 20 mg

1 cp par jour à
marche

T: 82,10

1 mois

Dr. Maderouz Keltouf
 Spécialiste en Gastroentérologie
 et oncologie digestive
 134, Bd. Bir Anzarine et Rue Ahmed El
 Imra. Aya, 1er étage, APST, N°3-A
 Tél: 05 22 99 47 30 - INPEVCI

www.polycliniqueatlas.com

[illegible]



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	
Zriou Zouhair	
Lien de parenté	Age du malade
Nature des soins	
epigastrol	
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 »

Ref.: G00 1012 12/08

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 Zerktouni, Casablanca
Tél: 0522 22 51 31/34
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.

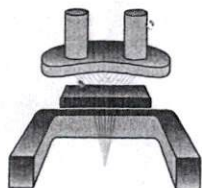
La recherche d'hélicobacter pylori sur coloration spéciale, est restée négative.

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
ANATOMO - PATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerkouni
Tél.: 0522 22 51 31/0522 22 51 34
Fax: 0522 22 50 50



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.

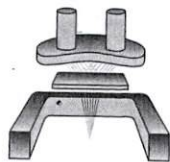
La recherche d'hélicobacter pylori sur coloration spéciale, est restée négative.

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
ANATOMOPATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerkouni
Tél: 0522 22 51 31/0522 22 51 31
Fax: 0522 22 50 90



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

Renseignements cliniques et paracliniques

Siège du prélèvement

Nature de lacte 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

POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDISCIPLINAIRE

+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

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 REANIMATEUR**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

Polyclinique Atlas
FACTURATION
1 Rue Jean Jaurès / Casablanca
Tél : 02 27 94 94 Fax : 022 27 94 00

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

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

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 veritable ulcere

biopsie fundite a gros plis

biopsie

bulbe sain

duodenum normal jusqu'en d2

Conclusion

gastrite diffuse

antrite erosive

biopsie

Dr. Maazouz Keltoun
Spécialiste en Gastroentérologie
et oncologie digestive
134, Bd. Bir Anzarane et Rue Ahmed Eljounani
Imm. Aya, 1er étage, Appt. N°3 - Maarif
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/PATIENT 42G POMMADE (01)	1	15.00	15.00
LIDOCAINE 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 201445
 FACTURATION
 27 Rue Jean Jaures Casablanca
 Tel 021 27 94 94 Fax 021 27 94 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
PRESTATIONS INTERNES				
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
PRESTATIONS EXTERNES				
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

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

Encaissements	Espèces		Total encaissé	Solde
	1 800.00		1 800.00	0.00