

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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'Hora Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

2017-34

Déclaration de Maladie : N° S19- 0007676

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9392 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : MARCHOUSSI SAID Date de naissance : 23.11.1996

Adresse : GH 14, Immeuble 1, Apt 12, DYAR EL MENZEH

Tél. : 06.11.89.80.93 Total des frais engagés : 1800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/03/2024

Nom et prénom du malade : MARCHOUSSI RAYANE Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affadictite

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 : CASABLANCA

Le : 09/04/2024

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
30/03/94	C.		1400 DT	<i>[Signature]</i>
				<i>[Signature]</i>
				<i>[Signature]</i>

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
<i>Service de Radiologie ATAL</i> 52, boulevard Zekkoune Casablanca Tél: 05 22 22 51 34 Fax: 05 22 22 50 90	30/03/94	Echo AB chomel	800 DT
	01/04/94	PSUS	600,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

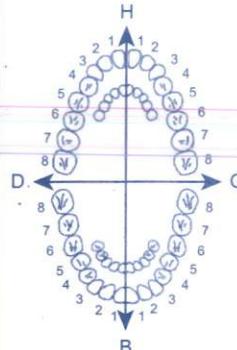
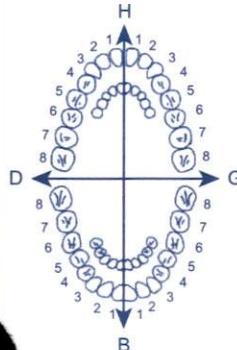
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
			
			

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
00000000	00000000	
D	00000000	00000000
35533411	11433553	
B		

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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 Laraqui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr.

DR. LAZRAK

Nom et Prénom du Patient

ELI. MAROUUDI RAYAN
Né le : 21/01/2011

Age

13 ans

ATF24C30094308

Date du prélèvement

30.3.24.

ELI. MAROUUDI RAYAN

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Appendicite (4H)

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

DR. LAZRAK Rayan
PROFESSEUR HIRURGIEN PEDIATRIE
CENTRE COMMUNIQUE NADIA
Signature et Cachet



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

Casablanca, le 30/03/2014

RAYANE MARCHOUAI

NFS

CRP

groupage + Rh.

Dr. Mariam EL AALAMI LAAROUSSE
Bd. Al Gida N° 34, 1000 Casablanca
Maroc
Tél/Fax: 0522 1852 1853



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

Casablanca, le 30/03/2011

RAYANE NARCHOUDI

▷ Néofntale cp 60mg
2cp x 3/5

د. علوي العلوي
طفلة 2-3 سن
العنوان: Bd. Al Cada Hs.
Fath...vle Les 4 Cc 162
Casablanca
Tél/Fax: 05 22 23 18 18

CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
Tél: 05 22 23 18 18
CASIS - Casablanca
Site web : www.cliniqueatfal.ma

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca
Tél. : 05 22 23 18 18 (8LG) / 05 22 23 50 73
E-mail : atfalclinique@gmail.com
Site web : www.cliniqueatfal.ma



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

Casablanca, le..... 30/03/2014

RAYANE MARCHOUFI

13 Ans
50 kg

Douleurs localisées à la frite
jambée.

↳ Echographie Abdominale

Céluenier ou appendicite

SERVICE RADIOLOGIE ATFAL

CLINIQUE
ATFAL

50 Bd. Abderrahim Bouabid,
OASIS - Casablanca

Tél.

052

23

18

18

(8LG)

/ 052

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 30-03-2024

Facture N° 06304/24				C. Débiteur		
				page 1/1		
A. Identification						
N° Dossier : ATF24C30013409		N° Identifiant : 047294/24		Organisme : Payant		
Nom & Prénom : Enf. MARCHOUDI RAYANE						
C.I.N :				ICE : Adresse :		
Adresse : CASA						
Médecin traitant : DR . ALAMI LAAROUSSI MARIAME				Traitement :		
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	ECHOGRAPHIE ABDOMINAL		800,00			800,00
Total Rubrique :						800,00
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
PARTIE CLINIQUE :						1 200,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL
						1 200,00

Arrête la présente facture à la s

signature de l'assuré

50 Boulevard Abderrahim Bouabid - Casablanca -- Tél. : 05 22 23 18 18 / 05 22 23 50 73 - Fax : 05 22 23 50 28
E-mail : atfalclinique@gmail.com -- Site web : cliniqueatfal.ma --
AF CNSS : 6354865. IF : 01087089. ICE : 001685121000068. RC : 439509
RIB : 230 780 4353188221009500 88 Patente : 34751594



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE
مركز الفحص بالأشعة

- Scanner Multibarrette • Angio-Scanner • Coloscopie Virtuelle • Dentascanner • Radiologie Standard Numérisée • Echographie / Echo Doppler
- IRM Corps Entier / IRM Cardiaque sur RDV • Coroscan sur RDV • Radiologie Interventionnelle

Casablanca , le 30/03/2024

PATIENT : MARCHOUDI RAYANE

PRESCRIPTEUR : DR. ALAMI LAAROUSSI MARIAME

ECHOGRAPHIE ABDOMINO-PELVienne

INDICATION :

13 ans, douleurs de la FID

RESULTAT :

Mise en évidence au niveau de la FID d'une formation digestive borgne émanant du caecum, mesurant 6mm de diamètre maximal, avec infiltration de la graisse tout autours
Par ailleurs,

Le foie est de volume normal, de contours réguliers et d'échostructure homogène, sans lésion focale notable

La vésicule biliaire est semi pleine à paroi fine, libre

Absence de dilatation des voies biliaires intra hépatiques ou de la voie biliaire principale.

La rate de volume normal, de contours réguliers et d'échostructure homogène, sans lésion focale notable.

Le pancréas est sans anomalie.

Les reins sont de taille et de situation normale, bien différenciés avec conservation de l'index cortical, sans anomalie focale, ni de dilatation significative des voies excrétrices urinaires.

Absence d'épanchement péritonéal

Vessie vide

CONCLUSION :

- Aspect échographique en faveur d'une appendicite aigüe (position latéro-caécale)

SERVICE RADIOLOGIE ATFAL

Merci de votre confiance

CLINIQUE PÉDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tél. : 05 22 23 18 18 (8LG) / 05 22 23 50 73
Fax : 0522 23 50 28
E-mail : atfalclinique@gmail.com
Site web : www.cliniqueatfal.ma



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 05/04/24

Nom & Prénom : MARCHOUDI RAYAN
Sur ordonnance du : Pr LAZRAK
Ref. : 24H04119

Prélevé le : 30/03/24 et parvenu au laboratoire le : 04/04/24

Organe ou siège du prélèvement : Appendice

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 13 ans

Appendicite (24h)

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Pièce d'appendicectomie de 6,6 cm de long, de 0,5 cm de diamètre à surface parcourue de vaisseaux congestifs, avec liposcléromatose de 0,6 cm.

A l'histologie, les coupes réalisées montrent une muqueuse ulcérée et remplacée par un infiltrat inflammatoire diffus aigu sans signe de spécificité évoluant sur un fond oedémato-congestif. Cet infiltrat désorganise le reste de la paroi par places.

La séreuse est oedémato-congestive.

Conclusion : Appendicite aiguë ulcérée avec congestion péritonéale.
Pas de malignité.

Dr L. LARAQUI

SPY LABORATOIRE
ANATOMO-PATHOLOGIQUE
52, Boulevard Zerkouni
Tél.: 0522 21 51 31/0522 22 51 34
Fax: 0522 22 50 50