

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.



201734
Déclaration de Maladie : N° S19- 0007676

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9390 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MARCHOUSSI SAÏD Date de naissance : 23.11.1992
 Adresse : GH 14, Immeuble 1, Apt 12, DYAR EL MENZGH
 Tél : 0611 89 20 93 Total des frais engagés : 1800,00 LISASFA Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/03/2024
 Nom et prénom du malade : MARCHOUSSI RAYANE Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Appendicite
 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 : 9 / 4 / 2024
 Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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'Honneur
 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
30/03/24	C		4000 DA	

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
	30/03/24	ECHO ABDOMINAL	8000 DA
	04/04/24	PSUS	600,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

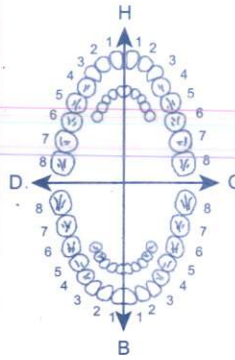
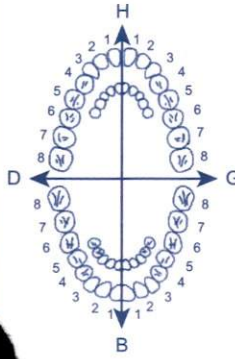
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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 style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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



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

Age 13 ans

Date du prélèvement 30.3.24

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Appendicite (CH)

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 ☐

EMIL MARCHOUDI RAYAN

Né le : 21/01/2011



ATF24C30094308

EMIL MARCHOUDI RAYAN

Laboratoire de Pathologie
du Centre
52, Boulevard Zerketouni, Casablanca
Tél: 0522 22 51 31/34
Fax: 0522 22 50 90

DR LAZRAK Fayçal
Professeur Agrégé
CHIRURGIEN PÉDIATRE
Centre de Diagnostic
NADIA
Siège - Casablanca
Signature et Cachet



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

Casablanca, le 30/03/24.

RAYANE NARCHOURI

NFS

CRP

Groupage + Rh.

د. علي الحاروشي
Dr. ALAMI LAAROUSSI
Dr. MARIAM PEGUYNE
Ed. 21 Goud N°5, Sidi Hammam, 403, Rabat
Rue de la Liberté 4 Casablanca, Maroc
Casablanca Tél/Fax: 0522 52 15 52



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

Casablanca, le 30/03/2024

RAYANE NARCHOUDI

1) Néofntau cp 40mg
2cp x 3/5

د. عبد الحميد العبدوي
Dr. ALI CHAÏB EL LAAROUSSI
PEDIATRE
Bd. Al Oued Rahma, 40000, Casablanca
Tél: 05 22 23 18 18

**CLINIQUE PEDIATRIQUE
ATFAL**
50, Bd. Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tél: 05 22 23 18 18 - 05 22 23 50 73

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... 30/03/2024

RAYANE MARCHOUDI

13 Ans
50 kg

Douleurs localisée à la fosse
droite.

↳ Echographie Abdominale
(élémentaire appendicite
aiguë)

SERVICE RADIOLOGIE ATFAL
CLINIQUE RADIOLOGIQUE
ATFAL

50, Bd. Abderrahim Bouabid,
OASIS - Casablanca
Tél : (0522) 23 18 18 - 0522 23 50 73

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

CLINIQUE ATFAL



090003690

CASABLANCA Le : 30-03-2024

Facture N° 06304/24

A. Identification

N° Dossier : ATF24C30013409 N° Identifiant : 047294/24
Nom & Prénom : Enf. MARCHOUDI RAYANE
C.I.N :
Adresse : CASA

C. Débiteur page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 30-03-2024
Date Sortie : 30-03-2024

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

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré

50, Bd. 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 • Coroscanner 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 aigue (position latéro-caecale)

SERVICE RADIOLOGIE ATFAL

Merci de votre confiance

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

CLINIQUE PÉDIATRIQUE
ATFAL
50, Bd. Abderrahim Bouabid
OASIS - Casablanca
Tél. 05 22 23 18 18 - 05 22 23 50 73



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

Pr. Laïla LARAQUI
ANATOMO-PATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerkouni
Tél.: 0522 22 51 31/0522 22 51 34
Fax: 0522 22 50 20