

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.

Diagnostique 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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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

Déclaration : contact@mupras.com
Mise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : 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



42208

Déclaration de Maladie : N° S19-0000576

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11234 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MARNISSI Noufelbine Date de naissance : 18/01/1967
Adresse : lot 2 wib n° 18 Appl 06 villa
Tél. : 0664 68 61 53 Total des frais engagés : 1953,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 23 JUL. 2020
Nom et prénom du malade : AKATRAHOU BOUCHE 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 : 23 JUL. 2020
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
13/07/2020	V3		300	الدكتور نور الدين الراضى Docteur N. RADHI Chirurgien Dentiste - Casa Clinique Atlas - Casa Impr. 6914 7777

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 101, Assaf, Im. 18 N°44 Oulfa - Casablanca tel : 05 22 93 46 34	12/09/20	5320

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/09/20	P550	600 DH
	18/09/20	Facture	1000 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'OD

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
			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'EX

Date :

17/09/20

Nom/prénom :

AKAABOUNE BALCHY

PPV:14DH00
PER:04/23
LOT:J1055



➤ BELMAZOL 20 mg gel.

01gel le matin avant repas pdt 07j

14.2

➤ DOLIPRANE 1 g cp.

01 cp x 03/ j après repas si douleurs.

➤ FUCIDINE pommade.

01 application deux fois par jour.

Fucidine® 2%
pommade Tube de 15 g

39,70

39,70

53,70

PHARMACIE AN-NIA
101 Assafat Imm 18 N°44
Tel - 05 22 93 46 33
Oulfa - Casablanca



مختبر التشريح المرضي شارع كلّميّة

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



FACTURE N° Pu 250920

Nom et Prénom : Akaboune Bouchra

Montant : 600 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : 8550

Casablanca, le 19/09/20

Cachet et Signature





مختبر التشريح المرضي شارع كلميمة

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



Dr Fadoua El Mansouri

Professeur en Anatomie Pathologique

الدكتورة المنصوري فدوى

أستاذة في التشريح المرضي

8U250925

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO ET CYTOPATHOLOGIQUE

Identité du patient(e) : AKAABoune BOUCHRA

Médecin prescripteur : D'RAHBI

Age : 25.05.1980 Date du prélèvement : 16/09/20

Renseignements cliniques et para cliniques :

ch. y. Bouchra

Siège et nature du prélèvement :



Examen cytopathologique :

FCV ☐ Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endomètre ☐

Date des derniers règles : Parité :

Traitement en cours :

Signature et Cachet du Médecin

دكتور الدين الراضي
Docteur M. RADHI
Chirurgien - Casa
Clinique Atlas - Casa
Tél: 05 22 26 35 35 - Urgences : 06 14 88 11 88 - E-mail : anapathgoulmima@yahoo.fr

Cytopathologie conventionnelle et monocouche - Histopathologie - Histo chimie - Extemporane - Immunohisto chimie - Biologie moléculaire

744, Résidence Hanane Jassim 1, Angle Bd Goulmima et rue Boukraa - 5ème Etage - Bourgogne - Casablanca
(au dessus de chawarma cham à 250 m de l'Hôpital My Youssef et 300 m de la Mosquée Hassan II)

Tél./ Fax : 05 22 26 35 35 - Urgences : 06 14 88 11 88 - E-mail : anapathgoulmima@yahoo.fr



POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDICPLINAIRE

polyclinique Atlas
ANFA

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

Coelio - Chirurgie
Chirurgie générale
Chirurgie de l'obésité
Chirurgie carcinologique

F A C T U R E

N° : 4789 / 2020 du 16/09/2020

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mme AKAABOUNE BOUCHRA	Payant	16/09/20	16/09/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
T.D.M THORACIQUE	Z	1,00	750,00	750,00
			Sous/Total	750,00
Total clinique				750,00

DR. RADOUANE KHADIJA (radiologue)	TDM	1,00	250,00	250,00
			Sous/Total	250,00
Total autres prestations				250,00

Arrêtée à la somme de : MILLE DIRHAMS				TOTAL GENERAL	1 000,00
Encaissé espèce.	Encaissé chèque	Total	Solde		
	1 000,00	1 000,00			



6-16-09-20

Coelio - Chirurgie
Chirurgie générale
Chirurgie de l'obésité
Chirurgie carcinologique

Mme AKAABOUNE. Bouchna.

الدكتور نور الدين الراضي
Docteur N. RADHI
جراح
Chirurgien Atlas - Casa
INPE : 091117671

Tom Thoracique


27, Rue Jean Jaurès - CASABLANCA
Tél : 05 22 27 40 43
RADIOLOGIE

الدكتور نور الدين الراضي
Docteur N. RADHI
جراح
Chirurgien Atlas - Casa
INPE : 091117671



مختبر التشريح المرضي شارع كللميمة

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



Dr Fadoua EL MANSOURI
Professeur en Anatomie Pathologique

الدكتورة المنصوري فدوى
أستاذة في التشريح المرضي

Réf : P4250920

Reçu le 16.09.2020 Répondu le 19.09.2020

Nom et prénom : Akaaboune Bouchra

Médecin : Dr Radhi

Age : 40 Ans

Adresse : Clinique Atlas

Résumé des renseignements cliniques : Cholécystectomie.

L'examen macroscopique

Il est parvenu une vésicule biliaire ouverte et vidée de son contenu qui mesure 6x2cm. Sa paroi est fine et souple focalement sphacélée. Le relief muqueux est diverticulaire. Avec présence de sludge résiduel. Absence de néoplasme macroscopiquement individualisable.

L'examen microscopique

Les multiples prélèvements réalisés montrent des franges vésiculaires souvent aplaties par un revêtement complètement abrasé. L'interstitium est siège d'une fibrose étendue formé de fibrocytes et de fibres de collagène et d'un infiltrat inflammatoire prononcé formé essentiellement de lymphocytes et de polynucléaires neutrophiles de localisation péri vasculaire ainsi que des foyers de suffusions hémorragiques. Le contingent glandulaire est raréfié formé de quelques amas de glandes régulières parfois en métaplasie de type antral. Présence de nombreux récessus de luschka réguliers ainsi que des sinus de Rokitansky d'allure dystrophique surtout au niveau du fond et du collet. La musculature est siège d'importants phénomènes oedémato-congestifs. On note la présence d'une hyperplasie vasculonerveuse surtout au niveau de la séreuse. Absence de lésion granulomateuse ou d'agent pathogène. Absence de prolifération tumorale.

CONCLUSION

- Poussées inflammatoires aiguës très prononcées de type hémorragique sur fond de cholécystite chronique micro-lithiasique de type adénomyomateuse.
- Absence d'indice de malignité sur ce prélèvement.



Cytopathologie conventionnelle et monocouche - Histopathologie - Histochimie - Extemporane - Immunohistochimie - Biologie moléculaire

Le 633, Rue Goulmima - 1^{er} Etage - Appt N° 2 - Bourgogne - Casablanca
à 250 m de l'hôpital My Youssef et 300 m de la Mosquée Hassan II - entre Pharmacie Laayoune et Locamed
Tél./Fax : 05 22 26 35 35 - Urgences : 06 14 88 11 88 - E-mail : anapathgoulmima@yahoo.fr

Mme AKAABOUNE BOUCHRA

Le 16/09/2020

TDM THORACIQUE :

Technique : Série Axiale en acquisition volumique sans injection de PDC.

Résultats :

- Absence de nodule ou micronodule pulmonaire décelable
- Absence de foyer évolutif décelable
- Absence d'adénopathie médiastinale de taille significative
- Absence d'épanchement pleuro-péricardique
- Absence de lésion osseuse d'allure suspecte
- Discrète malposition cardio-tubérositaire

Conclusion

- Discrète malposition cardio-tubérositaire
- Absence d'autre anomalie décelable sur cet examen

Confraternellement

Dr. RADOVANE Khadja
RADIOLOGUE
Polyclinique Atlas
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél : +212 522 27 40 43
RADIOLOGIE

Le : 24/09/2020 14:51

Références

4789 / Payant

N° 52891

Entrée / Sortie : 16/09/2020 - 16/09/2020

Le Docteur **RADOUANE KHADIJA**présente à **Mme AKAABOUNE BOUCHRA**

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
250,00 Dhs (DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS)

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

Polyclinique Atlas
DR. RADOUANE KHADIJA
RADIOLOGUE

Cachet et signature

POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDICPLINAIRE

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

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 16/09/2020 Heure 14:48

Nom et Prénom du patient MmeAKAABOUNE BOUCHRA

Age ou Date Naissance 0 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 0,00

Motif d'hospitalisation .

Affiliation à une couverture maladie NON

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

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 16/09/2020

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0,00

Nom et prénom du signataire

Signature