

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.

Biologie 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.

caire :

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.

die 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

éclamation : contact@mupras.com

rise 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 personnelles.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

49208

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 : MARNASSI Nourredine Date de naissance : 12/02/1967

Adresse : bat 2 niv 18 appart 06 villa

Tél. : 0664 68 61 53 Total des frais engagés : 1953,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur N. RADHI
Chirurgien 
Clinique Atlas - Casa
INPE : 091117671

23 JUIL. 2020

Date de consultation : 23 JUIL. 2020

Nom et prénom du malade : RAMA Age : 53

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 : RAM

Le : 23 JUIL. 2020

Signature de l'adhérent(e) : 

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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
10/09/2020	✓3		300	الدكتور نور الدين الراضي Docteur N. RADHI Chirurgien Dentiste - Clinique Atlas - Casa Tél: 0522934634 N°INRS: 117671 ct

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE 1 et Assafa Imm 18 A 4A Oulfa - Casablanca Tél: 05 22 93 46 34	10/09/2020	532

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. N. RADHI Radiologue	10/09/2020	PS50	600 DH
	10/09/2020	ceci facture G-30 DH	1000 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

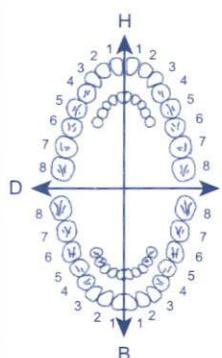
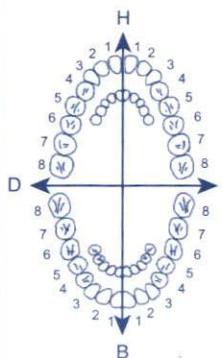
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION
				
				
O.D.F	PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000		
		D 00000000 00000000 35533411 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'EX

Date :

17/09/20

Nom/prénom :

AKAA ROUNE Bouchay

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



➤ BELMAZOL 20 mg gel.

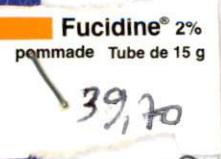
01 gel le matin avant repas pdt 07j

➤ DOLIPRANE 1 g cp.

01 cp x 03/j après repas si douleurs.

➤ FUCIDINE pommade.

01 application deux fois par jour.



10 Assale 1mm 18N°4A
Ouifa - Casablanca
fcl - 05 22 93 46 33
PHARMACIE AN-NIA



مختبر التشريح المرضي شارع گولمية

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



FACTURE N° PU 25092

Nom et Prénom : Akaoboune Boukraa

Montant : 600 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : 8550

Casablanca, le 19/09/2008





مختبر التشريح المرضي شارع كلميما

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



Dr Fadoua El Mansouri

Professeur en Anatomie Pathologique

الدكتورة المنصوري فدوى

أستاذة في التشريح المرضي

RUZSD925

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO ET CYTOPATHOLOGIQUE

Identité du patient(e) : AKA ABoune Bouchra

Médecin prescripteur : A'RAOUI

Age : 26 Date du prélèvement : 16/09/20

Renseignements cliniques et para cliniques :

chayata



Siège et nature du prélèvement :

Examen cytopathologique :

FCV

Vagin

Exocol

Endocol

Endomètre

Date des derniers règles : Parité :

Traitements en cours :

Signature et Cachet du Médecin

Dr. Fadoua El Mansouri
Docteur El RADHI
Chirurgien Atlas
Clinique Atlas Casablanca
N° 01117671

Cytopathologie conventionnelle et monocouche - Histopathologie - Histo chimie - Extemporané - 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

MULTIDICIPPLINAIRE

+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				
Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde	
		1 000,00	1 000,00	

TOTAL GENERAL 1 000,00

POLYCLINIQUE ATLAS
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca
Tél: 02072340040
RADIOLOGIE

6/16/09-20

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

Mme AKA ABOU NE. Bouchra.

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

Tom Tomodigraphie

POLYCLINIQUE ATLAS
27, Rue Jean Jaurès - CASABLANCA
Tél : 05 222 27 40 43
RADIOLOGIE

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



مختبر التشريح المرضي شارع گلمية

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 aplatis 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 muscleuse 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 aigues 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 - Histo chimie - Extemporané - 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



Le : 24/09/2020 14:51

Références 4789 / Payant
Entrée / Sortie : 16/09/2020 - 16/09/2020

N° 52891

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.


Dr. RADOUANE KHADIJA
RADIODILOGUE

Cachet et signature

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 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