

# 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.

## Education :

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.

## Orthopédie :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise 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



Déclaration de Maladie : N° S19-0005348

(61879)

Maladie\*

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9135

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENKADMIR BRAHIM BD OUED MELOUIYA N°234

Date de naissance :

21/07/69

Adresse :

HAY EL OULEMA

Téléphone :

0661 7345 00

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 12/01/2021

Nom et prénom du malade : BEN KADMIR

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 : / /

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
12/01	Voir patient	1	200.00	12/01 ED21
13/01	Vérification	1	50.00	13/01 ED21

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE HAY KENZA Ihya MOSDIK Hay Kenza II, Lot.71 N°1 - Lissasf Casablanca - Tél.: 05 22 90 99 00	23/11/21	222,3-

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>ADOUANE RADIOLOGIE Tél : 05 22 24 43 43 Khadidja</i>	15-01-21	<i>radiologie upf</i>	<i>1200,00 DH</i>

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### **Important :**

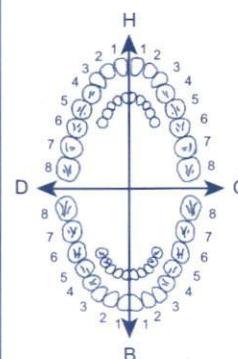
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan des

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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553



**(Création, remont, adjonction)**

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE									
	<b>H</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <b>D</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>G</b>  <b>B</b>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	
	25533412	21433552								
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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



Coelio - Chirurgie  
Chirurgie générale  
Chir  
Chir

PPV: 87DH00  
PER: 01-22  
LOT: J011

Date : 13/11/21

Nom/prénom : Ben Kadour

15,80 ➤ DOLIPRANE 1 g cp.

01 cp x 03/ jours.

30,70 ➤ OEDES 20 mg.

87,80 01gel le matin avant repas pdt 07j

➤ MAXICLAV 1 G.

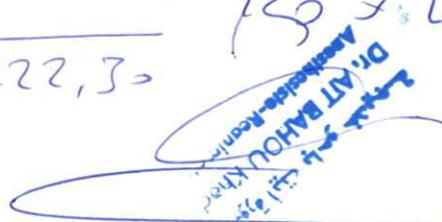
30,70 01 sachet x 02/j pdt 06 j

➤ FUCIDINE pommade.

01 application deux fois par jour.

40,80  
S + 15,80 = 56,60

222,30



Polyclinique **Atlas**  
ACCUEIL

27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tel: 0522 27 94 94 - Fax: 0522 27 90 00

LOT 200709  
EXP 01/2028  
PPV 30.00DH

فوسيدين %2  
مرهم أنبوب من 15 غ

39,80

PHARMAC  
Hay Kenza  
Casablanca



Polyclinique **Atlas**  
ANFA

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

Casablanca le, 12.05.2021.

Mme / Melle. Mr..... BEN HADJ MIT BRAHIM

NFS + Plaquettes

GROUPAGE

TP - TCK

VS

CRP

Ferretine

PROCALCITONINE

IONNOGRAMME COMPLET

HB GLYQUE

GLYCEMIE

UREE

AC anti nucléaire

CREATININE

AC anti DNA natifs

Transaminases

Fibrinogène

BILIRUBINE

CHOLESTEROL

TRIGLECERIDES

ACIDE URIQUE

PHOSPHATASE ALCALINE

Copro parasitologie

AMYLASEMIE

Aghbs

LIPASEMIE

HCV

Y GT

Charge virale par PCR

Test respiratoire de l'Hélicobacter

HV

pylori

SPA

TSH

VDRL

T4 LIBRE

JCML

PSA

VIDAL ET FELIX

CA19.9

ECBU

CA 125

ACE

AFP

CA153

*Dr. BEN HADJ MIT BRAHIM  
Anesthésiste-Réanimateur  
Polyclinique Atlas ANFA Casablanca  
Tél : +212 522 27 94 94 | Fax : +212 522 27 90 00  
CNSS : 2347450 | Patente : 35508655 | IF : 01020723 | NICE : 002052274000046*



مختبر التحاليلات الطبية  
**Laboratoire d'Analyses Médicales  
et de Biologie de la Reproduction**

Abdelaziz LEMSEFFER et Jalil EL MANJRA

Pharmacien Biologistes

122, Bd. d'Anfa Quartier Racine - CASABLANCA  
Tél.: 05 22 48 13 51 / 86 - Fax : 05 22 48 13 96  
Urgences : 06 61 33 02 04 / 05

# بطاقة الصنف الدموي



**CARTE  
DE GROUPE SANGUIN  
ET FACTEUR RHESUS**

Nom .... **BENKADMIR** ..... الاسم العائلي

Prénom .... **BRAHIM** ..... الاسم الشخصي

Date de naissance ..... تاريخ الإزدياد

### 1ère détermination

Date : ..... **12/01/2021** ..... بتاريخ

Réf.: ..... **21503765** ..... مرجع

Chef de Laboratoire ..... رئيس المختبر

### اختبار اول

### 2ème détermination

Date : ..... بتاريخ

Réf.: ..... مرجع

Chef de Laboratoire ..... رئيس المختبر

### اختبار ثانٍ

**تنبيه:** لا يمكن اعتبار نتيجة هذا الصنف بصفة نهائية الا بعد

اختبارات اضافية اخرى تنجذب تاريخ لاحق.

**ATTENTION :** Il convient de souligner que les résultats de ce groupage ne pourront être considérés comme définitifs qu'après une seconde détermination sur un second prélèvement.

Photo

### 1°- Groupe A B O

(Epreuve de Beth-Vincent contre épreuve de Simonin)

**Groupe :** O

### 2°- Facteur Rhesus

**Rh :** +

Recherche de l'antigène DU :

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

**Monsieur BENKADMIR BRAHIM**  
 Dossier N° : CATL21503765

Dossier ouvert le : 12/01/21 Prélèvement reçu à 21:50 - Edité le : 13/01/21

Page N° 1/3

## HEMATOLOGIE

### NUMERATION FORMULE SANGUINE

Hématurie	:	<b>5,10</b>	M/mm <sup>3</sup>	4,2 - 5,9
Hémoglobine	:	<b>13,6</b>	g/dl	13 - 17,7
Hématocrite	:	<b>41</b>	%	
V.G.M.	:	<b>80,6</b>	μ3	80 - 100
C.C.M.H.	:	<b>33,1</b>	%	30 à 36
T.C.M.H.	:	<b>26,7</b>	pg	27 à 32
* Leucocytes	:	<b>37 970</b>	/mm <sup>3</sup>	4000 - 10000

#### FORMULE LEUCOCYTAIRE

P. neutrophiles	:	<b>85,6</b>	%	soit	<b>32 502</b>	/mm <sup>3</sup>	2000 à 7500
P. éosinophiles	:	<b>0,1</b>	%	soit	<b>38</b>	/mm <sup>3</sup>	20 à 800
P. basophiles	:	<b>0,3</b>	%	soit	<b>114</b>	/mm <sup>3</sup>	0 à 200
Lymphocytes	:	<b>4,8</b>	%	soit	<b>1 823</b>	/mm <sup>3</sup>	1000 à 4000
Monocytes	:	<b>9,2</b>	%	soit	<b>3 493</b>	/mm <sup>3</sup>	200 à 1000
Plaquettes	:	<b>342 000</b>	/mm <sup>3</sup>				150000 - 500000

## HEMOSTASE

* TAUX de PROTHROMBINE	:	<b>66</b>	%		70 à 100
(Automate SATELLITE -STAGO)					

#### TEMPS DE CEPHALINE ACTIVEE (TCA)

(Automate SATELLITE-STAGO)

Sujet	:	<b>35</b>	sec.
TCA	:	<b>30</b>	sec

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Dr Jalil ELMANJRA  
Pharmacien biologiste  
Ancien assistant des hôpitaux de Dijon • France



Dr Abdelaziz LEMSEFFER  
Pharmacien biologiste  
Ancien interne des hôpitaux de Besançon • France

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

Monsieur BENKADMIR BRAHIM  
Dossier N° : CATL21503765

Dossier ouvert le : 12/01/21 Prélèvement reçu à 21:50 - Edité le : 13/01/21

Page N° 2/3

Ratio TCA Patient/Témoin : 1,18 < 1,20

## BIOCHIMIE

*	GLYCEMIE A JEUN (Cobas C6000)	: 3,49 : 19,4	g/l mmol/l	<i>J</i>	0,70 à 1,10 3,89 à 6,11
*	HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE (Automate Coba E6000))	: 9,6	% HbA1c	<i>J</i>	N : 4,0 à 6,4

## ENZYMOLOGIE

### TRANSAMINASES

SGOT/ASAT (Cobas C6000)	: 24	UI/l	< 37
SGPT/ALAT (Cobas C6000)	: 28	UI/l	< 40
GGT Gamma Glutamyl Transférase (Cobas C6000)	: 42	UI/l	< 55
LIPASE (Cobas C6000)	: 21	UI/l	< 190

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Dr Jalil ELMANJRA  
Pharmacien biologiste  
Ancien assistant des hôpitaux de Dijon • France



Dr Abdelaziz LEMSEFFER  
Pharmacien biologiste  
Ancien interne des hôpitaux de Besançon • France

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

**Monsieur BENKADMIR BRAHIM**  
Dossier N° : CATL21503765

Dossier ouvert le : 12/01/21 Prélèvement reçu à 21:50 - Edité le : 13/01/21

Page N° 3/3

## IMMUNO HEMATOLOGIE

### GROUPAGE SANGUIN ( ABO, Rh )

GROUPE : **O**

RHESUS : **positif**

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

LABIOMED  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
122, Bd. D'Anfa Quartier Racine  
Casablanca - Tél: 05.22.48.13.51/86

Mr BENKADMIR BRAHIM

Le 13/01/2021

## **TDM THORACIQUE:**

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

### **Résultats :**

- Atélectasies de décubitus postéro-basales bilatérales
- 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

### **Conclusion**

- Atélectasies de décubitus postéro-basales bilatérales
- Absence d'autre anomalie décelable sur cet examen

POLYCLINIQUE ATLAS  
27, Rue Jean Jaurès - 27140 RADOUANE  
Tél : 03 22 27 40 71  
Dr. RADOUANE Radouane  
Confraternellement

Le 18/01/2021

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

Mr BEN KADMIR - Brâni

ECG

Polyclinique **Atlas**  
ANFA

Dr. AIT BAHOU Khadija  
Anesthésiste-Réanimateur

Polyclinique **Atlas**  
ACCUEIL

27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél: +212 522 27 94 94 | Fax: +212 522 27 90 00



# 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° : 182 / 2021 du 12/01/2021

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mr BENKADMIR BRAHIM	Payant	12/01/21	12/01/21

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
ECG		1,00	200,00	200,00
<b>Sous/Total</b>				<b>200,00</b>
<b>Total clinique</b>				<b>200,00</b>

DR. EQUIPE REANIMATEURS (rea/usi)	GRT	1,00	0,00
		<b>Sous/Total</b>	<b>0,00</b>
<b>Total autres prestations</b>			<b>0,00</b>

Arrêtée à la somme de : DEUX CENTS DIRHAMS	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>200,00</b>
Encaissé espèce : 200,00	Encaissé chèque	Total Solde
		200,00

POLYCLINIQUE ATLAS  
ACCUEIL  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél : 0522 27 94 94 Fax : 0522 27 30 00

# 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 12/01/2021 Heure 10:56

Nom et Prénom du patient Mr BENKADMIR BRAHIM Age ou Date Naissance 0 - 21/07/1969

N° Cin du patient ou du tuteur BK68542

Adresse HAY EL OULFA BD OUED MLOUIYA N234 GR K CASABLANCA

Téléphone 0661734500

Personne à appeler en cas d'urgence 0670653201

Médecin traitant EQUIPE REANIMATEURS

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

Motif d'hospitalisation

Affiliation à une couverture maladie NON

Dr. AT BAHOU Khadidja  
EQUIPE REANIMATEURS

### 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 12/01/2021

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0,00

Nom et prénom du signataire

Signature

POLYCLINIQUE ATLAS  
27 Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél : 0622 27 94 94 - Fax : 0622 27 90 00

## F A C T U R E

N° : 181 / 2021 du 12/01/2021

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mr BENKADMIR BRAHIM	Payant	12/01/21	12/01/21

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
T.D.M THORACIQUE	Z	1,00	840,00	840,00
				Sous/Total 840,00
<b>Total clinique</b>				<b>840,00</b>
DR. RADOUANE KHADIJA (radiologue)	k	1,00	360,00	360,00
				Sous/Total 360,00
<b>Total autres prestations</b>				<b>360,00</b>

Arrêtée à la somme de :				<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1 200,00</b>
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS					

Encaissé espèce	Encaissé chèque	Total	Solde	
1 200,00		1 200,00		



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

12.01.21.

→ Mr Benkodomic Brohman

→ TDS Thaoufik

POLYCLINIQUE ATLAS  
ANFA

POLYCLINIQUE ATLAS  
27, Rue Jean Jaures - CASABLANCA  
Tél : 05 22 27 40 43  
RADIOLOGIE

دكتور باهو خديجة  
Dr. AT BAHOU Khadija  
Anesthésiste-Réanimatrice

Le : 14/01/2021 10:08

Références

181 / Payant

N°64838

Entrée / Sortie : 12/01/2021 - 12/01/2021

Le Docteur **RADOUANE KHADIJA**présente à Mr **BENKADMIR BRAHIM**

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
360,00 Dhs (TROIS CENT SOIXANTE DIRHAMS)

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

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

Dr. RADOUANE Khadija  
RADIOLOGIE  
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 12/01/2021    Heure 14:57

Nom et Prénom du patient Mr BENKADMIR BRAHIM

Age ou Date Naissance 0 -

Nº Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant AIT BAHOU KHADIJA

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 12/01/2021

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0,00

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*

GEMS IT MAC1200 ST

POLYCLINIQUE ATLAS

FC 94 /min

II

III

AUR

AUL

AUF

POLYCLINIQUE  
ATLAS

21 Jan 2038 21 36:46

25mm/s 20mm/mV

50Hz 0.08 - 150Hz

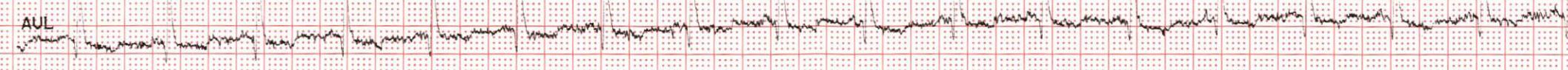
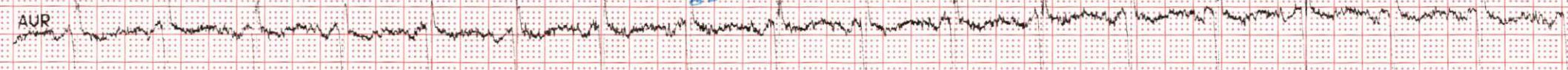
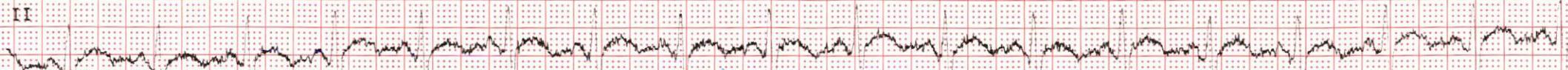
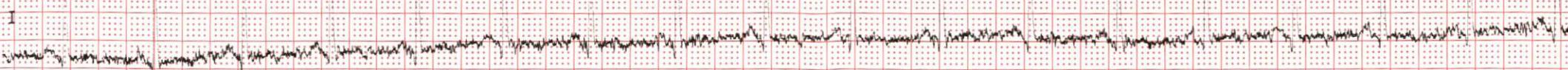
Manuel

V5 21 (1)

GEMS IT MAC1200 ST

POLYCLINIQUE ATLAS

FC 94 /min



21 Jan 2038 21:36:46

25mm/s 20mm/mV

50Hz

0.08 - 150Hz

Manuel

V5.21 (1)