

## 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

- 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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-718888

186473

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A2363

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ISSAM WAHDI

16/01/1985

Date de naissance :

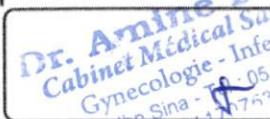
Adresse : APP TMM 105 GOLF CITY VILLE VERTE BOUSKOURA

Tél. : 0661 23 82 76

Total des frais engagés : 5191,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/07/2018

Nom et prénom du malade : BOUKOURZA KAWTAR Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Migraine ophtalmique

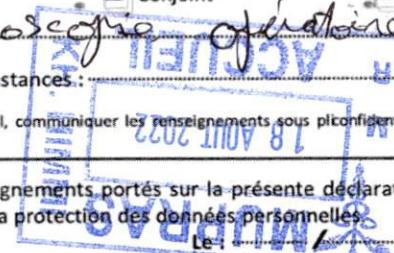
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Mouenahila PHARMA</b> 06 22 59 09 97 / 06 66 74 74 62	07/07/22	49,50

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>LENTZ - Centre de Radiologie Bourg-en-Bresse - 26 Rue Emile Zola - 01000 Bourg-en-Bresse - Tél. 04 74 27 77 51</i>	27/07/2011		5.20 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

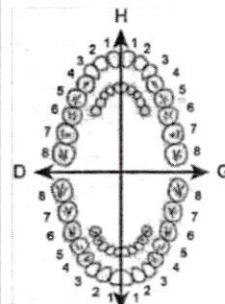
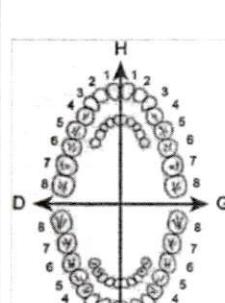
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## 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	INP : <input type="text"/>
				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 -			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553		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 BOURGOGNE



NA

220707061704MO-C

07/07/2022

**Mme BOUKOURIZIA KAWTAR**

Naissance : 12/11/1991 06:35:00

PAYANT

DR.BITITI AMINE

DE

LOGIQUE

Ordonnance du Docteur :

Nom et prénom : ..... Mr  Mme  Mlle  ENF 

Age :

Référence :

Siège et nature du prélèvement :

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin  Exocol  Endocol  Endomètre 

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Radiographies :

Dr. BENKIRAN Leïla  
Laboratoire de Pathologie Bourgogne  
14, Bd Aïn Taoujitate N° 18 - 2ème étage  
Bourgogne - Casablanca  
Tél. 0522.27.85.48 - Fax 0522.27.85.64

Date :

Signature :

DR. Amine BITITI  
Cabinet Médical Santéfam  
Gynécologie- Infertilité  
100, Bd Ibn Sina - Tel : 05 22 36 03 03  
091 17 07 62

# CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05

Nom patient	<b>BOUKOURIZIA KAWTAR</b>	Entrée <b>07/07/2022</b>	Sortie <b>07/07/2022</b>
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
-FORFAIT	<b>1,00</b>	K	<b>12 000,00</b>	<b>12 000,00</b>
KIT DE CHIRURGIE	<b>1,00</b>		<b>600,00</b>	<b>600,00</b>
			<b>Sous-Total</b>	<b>12 600,00</b>
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>12 600,00</b>

	<b>Total général</b>	<b>12 600,00</b>
--	----------------------	------------------

CLINIQUE GHANDI  
54, Bd Ghandi - Casablanca  
Tel: 0522 36 74 05 / 0522 36 69 11



# مختبر تشريح الخلايا والأنسجة بوركون

## LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leila BENKIRAN

Nom et prénom : Mme BOUKOURIZIA

KAWTAR

Age : 31 ans

Prescripteur : Dr. BITITI AMINE

N° Anapath : 2207071129

Date réception : 07/07/2022

Nature du prélèvement : rétention trophoblastique

Renseignements cliniques : rétention trophoblastique post FCS par hystéroskopie sans utilisation de courant.

Casablanca, le 12/07/2022

### COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

#### Macroscopie :

Le produit de curetage adressé pèse moins de 5 g, et mesure en tas 1,8 cm, examiné en totalité dans un seul bloc.

#### Microscopie :

A l'examen histologique, on retrouve des villosités placentaires de petite taille, centrées par un axe fibreux ou hyalinisé et hypervasculaire.

Il s'y associe quelques villosités d'aspect nécrotique et fantomisé.

Le trophoblaste périvillositaire est de morphologie respectée sans caractère proliférant ou atypique.

Des fragments d'endomètre gestationnel sont présents associés à des lambeaux de cédérite placentaire.

Des fragments du site d'implantation placentaire sont également mis en évidence.

#### CONCLUSION :

- Confirmation histopathologique d'une grossesse arrêtée montrant des signes de rétention.
- Absence de stigmate de maladie trophoblastique ou d'anomalie chromosomique.

Dr Benkiran Leila

Dr. BENKIRAN Leila  
Laboratoire de Pathologie Bourgogne  
14, Bd Ain Taoujta N° 18 - 2ème Etage  
Bouguenais - Casablanca - Tél. : 0522.27.85.48 - Fax : 0522.27.85.64  
n° 27 N° 18 - Casablanca - Tél. : 0522.27.85.48 - Fax : 0522.27.85.64

# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. BENKIRAN Leïla ICE 001689609000045

14, bd Ain Taoujitate, N°18, 2ème étage. Bourgogne  
Tél : 022278548 Fax : 022278564

Patente 35615070 IF28823881

## F A C T U R E

N° : 2207071129  
Du : 07/07/2022

Nom patient : Mme BOUKOURIZIA KAWTAR

Examens	Cotation(P)	Prix Dhs
POLYPE	450	500,00
Total		500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**CINQ CENTS DIRHAMS**

Dr. BENKIRAN Leïla  
Laboratoire de Pathologie Bourgogne  
14, Bd. Ain Taoujitate N° 18 - 2ème Etage  
Bourgogne, Casablanca  
Tél : 022278548 Fax : 022278564

## Docteur Amine BITITI

Ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris  
Hôpital COCHIN - Port Royal  
Praticien attaché à l'Hôpital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa  
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE  
SPECIALISTE EN MEDECINE DE LA REPRODUCTION



Cabinet Médical santéfam  
100, Boulevard Ibnou Sina Casablanca  
Fixe : + 212 522 36 03 03  
Portable : + 212 661 79 18 39  
aminebititi@gmail.com

N° CPAM :  
N° RPPS :  
Email :

CASABIANCA, le 07/07/2022

## ORDONNANCE

KAWTAR BOUKOURIZIA né(e) le 12.11.1991

14,00  
• DOLIPRANE 1g 1 gél 3 fois / jour si douleur. Pendant 5jours  
BRUFEN 400 mg 1cp x3/jours pendant 5 jours, si besoin.  
SPASFON 2cpx3/jours pendant 7 jours.



pharmacie  
loptez  
MOUENAKHLA PHARMA  
Tél : 05 22 59 09 97 / 06 66 74 74 62

Docteur Amine BITITI

Dr. Amine BITITI  
Cabinet Médical santéfam  
Gynécologie et fertilité  
100, Bd Ibn Sina Casablanca  
Fixe : + 212 522 36 03 03  
Portable : + 212 661 79 18 39  
Email : aminebititi@gmail.com

**GHANDI CLINIC**  
**Service de Gynécologie Obstétrique**  
**et Médecine de la Reproduction**

**Compte rendu opératoire de**  
**Madame BOUKOURIZIA KAWTAR Née le 12/11/1991**

**OPERATEURS : Docteur BITITI**

**ANESTHESISTE : Docteur EL OMARI**

**Casablanca, le 07/07/2022**

**Patiene de 30 ans vus en consultation pour une rétention trophoblastique post-fausse couche tardive.**

**Elle est G2P0, avec un AVB pour STT à 24 SA et 1 FCS avec des cycles réguliers**

**Elle présente aucun antécédent médical. Comme antécédent chirurgicale une appendicectomie**

**L'examen clinique est sans particularité.**

**L'échographie abdomino-pelvienne retrouve un utérus de taille et forme normale avec d'aspect d'image arrondie hyperechogène du fond utérin évoquant une rétention trophoblastique.**

**Indication à une résection sans utilisation de courant électrique par hysteroscopie opératoire.**

Sous anesthésie générale.

Patiene en décubitus dorsal.

Badigeonnage cutanéo-muqueux.

Mise en place des champs opératoires.

Sondage urinaire aller-retour.

Dilatation cervicale jusqu'à la bougie n°10.

Introduction de l'hystéroscope sous contrôle de la vue.

Milieu de distension : sérum physiologique.

**L'exploration de la cavité utérine permet d'observer les éléments suivants :**

- Ostiums tubaires droit et gauche vus.
- Présence de la rétention trophoblastique arrivant jusqu'à l'isthme

*Dr. Aminne BITI  
Cabinet Médical Santéfan  
Gynécologie - Infertilité  
100, Bd Ibn Sina - Tel: 0522 36 03 03  
091170552*

**On effectue successivement :**

- Résection de la totalité du résidu trophoblastique sous contrôle hystéroscopique.
- Cavité strictement normale en fin d'intervention.
- Bilan entrée/sortie = 200 cc.

**CONCLUSION :**

***Résection du résidu trophoblastique endocavitaire sans utilisation de courant.  
Pièce adressée en anatomo-pathologie.***

**CLINIQUE GHANDI**  
**MEDICO-CHIRURGICALE**  
**54 BD GHANDI**  
**TEL 0522 36 74 05**  
**FAX 05 22 94 64 91**  
**CASABLANCA**

**BILLET DE SORTIE**

Nom du patient : **BOUKOURIZIA KAWTAR**

Chambre : **HJCHAISE**

Médecin traitant **BITITI AMINE**

Prise en charge **PAYANT**

Date entrée **07/07/2022**

Date sortie **07/07/2022 08:32**

Le caissier

L'infirmier

Le major

Billet de sortie établi par : KHAYRAN 07/07/2022 11:12 220707061704MO-001C1

CLINIQUE GHANDI  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél.: 0522 36 74 05/0522 36 69 11

CLINIQUE GHANDI  
54, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél.: 0522 36 74 05/0522 36 69 11

# CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05

## F A C T U R E

N° : 5328 / 2022 du 07/07/2022

Nom patient	BOUKOURIZIA KAWTAR	Entrée	07/07/2022
	PAYANTS	Sortie	07/07/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-FORFAIT	1,00	K	4 650,00	4 650,00
<i>Sous-Total</i>				4 650,00
<b>Total Clinique</b>				<b>4 650,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS	Total	4 650,00

CLINIQUE GHANDI  
54, Bd Ghandi - Casablanca  
Tél: 0522 36 74 05 0520 00 69 86  
Fax: 0522 36 74 05 0520 00 69 86

# DEVIS

devis

N° 220705131837KH

05/07/2022

KHAYRAN

Nom patient : **MME BOUKOURIZIA KAWTAR**

Prise en charge : **PAYANTS**

Traitements **HYSTEROSCOPIE OP**

PRESTATIONS	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>KIT DE CHIRURGIE FORFAIT</b>	<b>1</b>		<b>600,00</b> <b>12 000,00</b>	<b>600,00</b> <b>12 000,00</b>
			<b>Sous-Total</b>	<b>12 600,00</b>
MEDICAMENTS	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>DEPASSEMENT DE PHARMACIE</b>	<b>1</b>	<b>???</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
			<b>Sous-Total</b>	<b>0,00</b>

**Total devis** **12 600,00**

Part Patient **0,00**

Part Organisme **0,00**

— Pente de la MUPRAS 4650  
— A payer 7950

# CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05

KHAYRAN

## DEVIS

Date 05/07/2022  
N° : 220705132417KH

Nom patient : **MME BOUKOURIZIA KAWTAR**

Prise en charge : **MUPRAS**

Traitements **DIVERS**

PRESTATIONS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
-CHAMBRE BLOC OPERATOIRE		1 50		400,00 25,00	400,00 1 250,00
				<b>Sous-Total</b>	<b>1 650,00</b>
HONORAIRES		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
Dr. REDOUANE / ELOMARI (anesthesiste-re Dr. BITITI AMINE (gynécologue)		25 50		30,00 30,00	750,00 1 500,00
				<b>Sous-Total</b>	<b>2 250,00</b>
MEDICAMENTS		Nombre	Lettre clé	Prix Unitaire	Montant
PHARMACIE		50		15,00	750,00
				<b>Sous-Total</b>	<b>750,00</b>

Arrêté le présent devis à la somme de :  
**QUATRE MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS**

**Total devis 4 650,00**

*Pli confidentiel*

MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme : *OBOUKOU RITITI KAMAR* ayant droit à la couverture médicale par l'organisme dont vous assurez le conseil.

Je vous écris pour information et en vue de démarches administratives pour une prise en charge ou accord de principe.

Avec mes remerciements, veuillez croire, Cher Confrère, à mes considérations les meilleures.

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

*Hypertension artérielle*

*opérée*

**TRAITEMENT PROPOSE :**

*Sopredil + réténdil*

*Tropamil N*

**DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :**

*0 mois*

**Observation :** Des modifications du traitement pourraient survenir en fonction des évaluations et de l'évolution de la maladie.

Casablanca, le ...../.....

*DR Aminé BITITI*  
*Cabinet Médical Santé Fam*  
*Gynécologie et Infertilité*  
*100, Bd Ibn Sina 100752 Casablanca*  
*0911 110752*  
*36 03 03*  
*Cachet et Signature du Médecin*

Casablanca le

6/7/2022

Bulletin d'Hospitalisation

Nom et Prénom : BOUKOURIYA KAMDA

Date de naissance : ...../...../.....

Motif hospitalisation : HYSTEROSCOPIE SYNECTIE

Date prévue d'hospitalisation : 7/7/2022

Type d'hospitalisation et nombre prévu de jours :

Classique: /\_\_/ jours

HDJ Médecine: /\_\_/

HDJ Chirurgie: /\_\_/

Réa CV: /\_\_/ jours

Réa polyvalent: /\_\_/ jours

USIC: /\_\_/ jours

NéoNat: /\_\_/ jours

Service brûlés: /\_\_/ jours

VIP: /\_\_/ jours

Médecin traitant : Amine BITITI

Spécialité : obstétricien Gynécologue

Actes et examens complémentaires prévus :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Si chirurgie prévue : Libellé exact : .....

K opératoire : .....

Code NGAP : .....

Dr. Amine BITITI  
Cabinet Médical Santéfam  
Gynécologie - Infertilité  
100, Bd Ibn Sina 36 03 03  
Cachet et Signature du Médecin