

## 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.

### 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M23-006230

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2884 Société : 167332

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DRISSE KASTOUNI / JONAHRE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 64 00 30 12 Total des frais engagés : 39.00,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JONAHRE A.I'KA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie

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 : DASA Le : 28/7/23

Signature de l'adhérent(e) :

Auto-évaluation CNDP N° : A-A-215 / 2019



## Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ....).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.  
يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المشتراة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.  
لأنه هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.  
حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ماسبق ذكره.

 الضمان الاجتماعي <b>CNSS</b> Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 610-1-02	06 64 00 30 12
	Feuille de Soins Maladie موافقة مسبقة Entente préalable		تنفيذ Exécution	12.01.01

### N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : **JOMAH AFIFA**

رقم التسجيل : **11116181331**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B11116181331**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

☐ Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

العنوان : **21, RUE TERMINI MAARIF Casa**

مبلغ المصاريف : **39,000,000** Dhs.

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **JOMAH AFIFA**

تاريخ الازدياد : **11/11/1962**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B11116181331**

الجنس : ☒ أنثى ☐ ذكر ☐ M

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر\*\*

Médecin traitant الطبيب المعالج <b>Dr. N. RADHI</b>	Etablissement de soins المؤسسة العلاجية <b>Polyclinique Atlas</b>
---	---

Type de soins : **Accueil**

☐ Hospitalisation ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Accident ☐ حادثة ☐ Maladie ☐ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. / أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
 Fait à : **CASA** / في : **21/11/2023**  
 Le : **21/11/2023** / توقيع المؤمن له / Signature de l'assuré(e)

Fait à : <b>CASA</b> Le : <b>21/11/2023</b> توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Fait à : <b>CASA</b> Le : <b>21/11/2023</b> توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
--	--

\* أنشط الخانة المناسبة  
 \*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres  
 080 203 3333 : الهاتف - 2186 الدار البيضاء المحطة - 080 203 3333  
 CNSS - Place de DAKAR - Casablanca BP : 2186 Casa Gare Téléphone : 080 203 3333

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : تاريخ الإيداع : <b>11/11/2023</b> Date de dépôt du dossier : <b>11/11/2023</b>	تاريخ الاستلام : <b>11/11/2023</b> Date d'arrivée : <b>11/11/2023</b>

N° réclamation 20230400049919



Description des actes effectués				وصف العمليات المجرىة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
03/03/02	101	101	10000		
INPE et code à Barres					
04/03/02	101	101	18000		
INPE et code à Barres					

CIM - 10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres						
INPE et code à Barres						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clè+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
10/02/02		P100 + P400	1100,-		
INPE et code à Barres					
INPE et code à Barres					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
INPE et code à Barres		
INPE et code à Barres		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب  
Le : 07/04/2023 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation	111688233	رقم التسجيل	جواهري أفيفا
Règlements de la période		أداءات الفترة	
du : 06/04/2023	: من		
au : 06/04/2023	: إلى		

Veillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Número de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
JOUAHRI AFIFA											
102601283	09/02/2023	P	ANATOMO-PATHOLOGIE	1100,00	1100,00	1000.00	1,00	1100,00	70,00	06/04/2023	770,00
Total remboursé											770,00
Total général remboursé											770,00

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile  
ou appeler notre serveur vocal au numéro  
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)  
« Ma CNSS »  
080 20 30 100  
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف  
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال الوضمان على الأرقام





POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDISCIPLINAIRE

POLYCLINIQUE ATLAS

Oncologie & Diagnostic du Maroc

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

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

# FACTURE

N° 642 / 2023 du 10/02/2023

nom patient	JOUAHRI AFIFA	Entrée	Sortie
en charge	PAYANT	09/02/2023	10/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
ESTATIONS INTERNES				
ROSCOPIE F/SALLE	1,00	K	514,43	514,43
ARMACIE	1,00		385,57	385,57
Total Frais Clinique				900,00
STATIONS EXTERNES				
ANESTHESISTE REAN (anesth. rea)	1,00		200,00	200,00
BOUBADDI N. (ganstro enterologue)	1,00		700,00	700,00
Total prestations externes				900,00

Total général 1 800,00

ée la présente facture à la somme de :  
LE HUIT CENTS DIRHAMS

sements	Chèque	Total encaissé	Solde
	1 800,00	1 800,00	0,00

Ref Chq : 8562/SG/

Polyclinique Atlas  
ACCUEIL  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00

27, Rue Jean Jaurès, quartier Gauthier - Casablanca  
PATENTE N° 35508655 ICE 002052274000046 IF 01020723 CNSS 2347450

# ANNEXE PHARMACIE

Nom patient <b>JOUAHRI AFIFA</b>		N° Facture <b>642</b>		H540223-2
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant	
LIDOCAINE GEL (01)	1	20,10	20,10	
LIDOCAINE 2% INJ (01)	1	10,30	10,30	
PROPOFOL-LIPURE 1%	1	35,17	35,17	
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>65,57</b>	
CD (012)	1	50,00	50,00	
COMPRESSES PATIENT (001)	6	2,50	15,00	
GANT JETABLE	6	5,00	30,00	
LUNETTE A O2 (001)	1	20,00	20,00	
OXYGENE PAR MN (001)	10	5,00	50,00	
PINCE A BIOPSIE JETBLE (001)	1	150,00	150,00	
SERINGUE 10 CC (001)	1	5,00	5,00	
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>320,00</b>	
(*) Conditionnement hospitalier		<b>Total pharmacie</b>	<b>385,57</b>	

**Polyclinique Atlas**  
**ACCUEIL**  
 27, Rue Jean Jaures - Casablanca  
 Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00

**POLYCLINIQUE ATLAS****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 10/02/2023

Références

642 / PAYANT

Entrée / Sortie : 09/02/2023 - 10/02/2023

Le Dr. **ANESTHESISTE REANIMATEUR**présente à **Mme JOUAHRI AFIFA**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
**200,00 Dhs DEUX CENTS DIRHAMS**

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

Chèque

Dr. AIT BAHOU Khadidja  
Anesthésiste-Réanimateur  
10/02/2023  
**Polyclinique Atlas**  
**ACCUEIL**  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00  
Cachet et signature

**POLYCLINIQUE ATLAS****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 10/02/2023

Références

642 / PAYANT

Entrée / Sortie : 09/02/2023 - 10/02/2023

Le Dr. **BOUBADDI N.**présente à **Mme JOUAHRI AFIFA**sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
**700,00 Dhs SEPT CENTS DIRHAMS**

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

Chèque

**Dr. BOUBADDI Moureddine**  
Spécialiste en Gastroentérologie  
**Polyclinique ATLAS**  
27 Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél : 05 22 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00  
Cachet et signature

-JOUAHRI AFIFA

> Gastralgie >  
Faire Fibro

الدكتور نور الدين الراضي  
Docteur N. RADHI  
Chirurgien  
Clinique Atlas-Casa

Polyclinique  
ACE  
27, Rue Jean Jaurès  
Tél : 0522 27 90



## FIBROSCOPIE OESOGASTRODUODÉNALE

**JOUAHRI Afifa**

Casablanca le, 09/02/2023

Opérateur : Dr Boubaddi

Examen demandé par : Ddr R Adhi

Appareil : Olumpus Cv 180

Anesthésie : Dr Idrissi

Lieu : Clinique Atlas

### Clinique

gastralgies

### Examen

Introduction sous contrôle de la vue :

Oesophage : Muqueuse d'aspect normal , cardia muqueux en place .

Estomac : Muqueuse d'aspect normal en vision directe comme en rétrovision . Biopsies antrales .

Pylore franchi : Bulbe D2 muqueuse d'aspect normal . papille d'aspect normal .

### Conclusion

Examen jugé normal . Biopsies antrales

**Dr. BOUBADDI Noureddine**  
Spécialiste en Gastroentérologie  
Polyclinique ATLAS  
27 Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél: 05 22 27 94 94 Fax: 05 22 27 90 00



إفادة بالاستلام  
Accusé de réception

Réf. 610-2-09

Date : mercredi 1 mars 2023 التاريخ:  
Heure : 10 h 55 WET الساعة:

Destinataire :

المرسل إليه:

JOUAHRI AFIFA  
52 RUE TERMIDI RES RIAD APPT B 21 MAARIF EXTENTION  
20370  
CASABLANCA



102601283

N° CNSS	111688233	رقم ص.و.ض.ج.
N° de la Carte Nationale d'Identité	B417638	رقم البطاقة الوطنية للتعريف
Type dossier	Dossier de remboursement	نوع الملف
Valeur du dossier	3900 Dhs	قيمة الملف
Nombre de pièce (y compris les feuilles de soins)	2 Pièces	عدد الوثائق (بما فيها أوراق العلاجات)
Bénéficiaire	JOUAHRI AFIFA	المستفيد

Madame, Monsieur,

سيدي، سيدي،

Nous avons bien reçu votre demande et elle sera transmise au service compétent.

لقد توصلنا بطلبكم وسيتم إحالته على المصلحة المختصة.

Les traitements des données à caractère personnel sont conformes à la loi 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements des données à caractère personnel.

تتم معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي طبقاً لمقتضيات القانون 08-09 المتعلق بحماية الأشخاص الذاتيين تجاه معالجة المعطيات ذات الطابع الشخصي

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)

ou le portail des assurés

[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)

ou l'application mobile

Ma CNSS

ou appeler notre serveur vocal au numéro

080 20 30 100

ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

080 203 3333 / 080 200 7200

05 22 41 80 51 Fax 06 08 89 06 16 Tél CASABLANCA Ville Place du temple Immeuble E pres du complexe med v

MAARIF

Agence





POLYCLINIQUE ATLAS

مصحة أطلس  
MULTIDISCIPLINAIRE  
POLYCLINIQUE ATLAS

Oncologie & Diagnostic du Maroc

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

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

# FACTURE

N° 641 / 2023 du 10/02/2023

m patient	JOUAHRI AFIFA	Entrée	Sortie
e en charge	PAYANT	09/02/2023	10/02/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
STATIONS INTERNES				
DLANGIO	1,00		1 000,00	1 000,00
Total Frais Clinique			Sous-Total	1 000,00
				1 000,00

Total général 1 000,00

ée la présente facture à la somme de :  
LLE DIRHAMS

ssements	Chèque	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	300,00	700,00	1 000,00	0,00

Ref Chq : 8564/SG/

Polyclinique Atlas  
ACCUEIL  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00

## CHOLANGIOGRAPHIE PER OPERATOIRE

NOM : JOUAHRI

PRENOM : AFIFA

DATE : 09/02/2023

### RESULTAT :

- Cholangiographie par le drain de KHER.
- Bon passage duodénal.
- Pas d'obstacle cholédoque.

### Conclusion :

- Cholangiographie per opératoire normale.

الدكتور نور الدين الراضي  
Docteur N. RADHI  
Chirurgien  
Clinique Atlas-Casa



# 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 09/02/2023 Heure 10:02

Nom et Prénom du patient MmcJOUAHRI AFIFA

Age ou Date Naissance 64 - 01/01/1960

N° Cin du patient ou du tuteur B417638

Adresse 52 RUE ATTERMIDI RES RIAD ESC B 21 APT 5 MAARIF CASA

Téléphone 06 64 00 30 12

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant RADHI NOUREDDINE

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 1  
1,00

Motif d'hospitalisation VESICULE BILIAIRE

Affiliation à une couverture maladie OUI

الدكتور نور الدين الرادحي  
N. RADHI  
Chirurgien  
Polyclinique Atlas-Casa

### 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 - A.M.O / C.N

*Nom et prénom du signataire :*

*Signature*

Polyclinique Atlas  
ACCUEIL  
27, Rue Jean Jaurès - Casablanca  
Tél : 0522 27 94 94 - Fax : 0522 27 90 00

### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 10/02/2023

Heure 09:07

Durée d'hospitalisation (jours) 1

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*



Demande d'examen

De la part du Dr : Radhi + Bou Lelouch

Nom et prénom du patient : JOUAHRI AFIFA

Age : 1960

Date de prélèvement : 09/02/2023

Renseignements cliniques et paracliniques :

chylodermis

Siège du prélèvement : + Superficiel

Nature de l'acte réalisé : Curetage

Thérapeutique préalablement instituée : H-tyl

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 :

FCV : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐

- CBE : Endomètre

Dr. MISSOURY Réda  
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF  
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Appt. 9  
Maarif - Casablanca  
Tél : 05 22 98 64 71 - 05 22 23 81 10  
Fax : 05 22 98 64 71

Signature et Cachet

Dr. N. R. R. R.  
Chirurgien - Gynécologue  
Tél : 09 11 17 67 1





# CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

**Dr Réda MISSOURY**

*Anatomocytopathologiste*

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles  
Ancien Assistant et interne des Hôpitaux  
de Toulouse

Casablanca, le 10/02/2023

Nom & Prénom : JOUAHRI AFIFA

N° d'examen : 23131002

## FACTURE N° FA23000783

**Nature du prélèvement**

**Montant TTC**

1- Cholécystectomie. 2- Biopsie antrale.

1 100,00Dhs

Mode de règlement : Chèque N° SG ABC 3778565

Arrêtée la présente facture à la somme de Mille cent Dirhams

Signé : **Dr. Réda MISSOURY**

**Dr. MISSOURY Réda**  
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF  
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Appt. 9  
Maarif - Casablanca  
Tél : 05 22 98 64 71 - 05 22 23 81 10  
Fax : 05 22 98 64 71

IF N° 40720499 CNSS N° 7623061 Patente N° 35710500 ICE 001636400000021 INPE 091161760

38, BD BIR ANZARANE 5 EME ETAGE APPT 9 MAARIF CASABLANCA - Tél : 05 22 98 64 71



# CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF

**Dr Réda MISSOURY**

*Anatomocytopathologiste*

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles  
Ancien Assistant et interne des Hôpitaux  
de Toulouse

Date de réception : 10/02/2023

Date de réponse : 16/02/2023

Sexe : F

Âge : 63 ans

N° d'examen : 23131002

Nom et Prénom : JOUAHRI AFIFA

Médecin traitant : Dr. RADHI

**Nature du prélèvement :** 1- Cholécystectomie. 2- Biopsie antrale.

**Renseignements cliniques :** Cholécystite lithiasique et gastrite.

## COMPTE RENDU

1- Vésicule biliaire ouverte mesurant 9x2,5cm. La paroi est souple et le relief muqueux est d'aspect conservé. Du point de vue histologique, les prélèvements effectués montrent une paroi vésiculaire à revêtement muqueux inégalement développé, aplati par place, ailleurs fait de villosités hautes coalescentes, tapissées par un revêtement épithélial cubo-cylindrique régulier, dépourvu d'atypies cytonucléaires, et émettant de nombreuses invaginations entre les couches musculaires. Le chorion est oedématié, richement vascularisé, et est siège d'un infiltrat inflammatoire chronique d'intensité minime, essentiellement lymphocytaire. Les couches musculaires sont amincies, dissociées par de la fibrose, ponctuées de cellules inflammatoires de type mononuclée et siège d'une hyperplasie vasculo-nerveuse.

2- Un fragment biopsique inclus en totalité, correspondant à une muqueuse gastrique de type antral, dont un comporte la tunique musculaire muqueuse. Le revêtement épithélial de surface est régulier. Le chorion est fibreux, siège d'un infiltrat inflammatoire modérée riche en lymphoplasmocytes, organisé focalement en follicules lymphoïdes à centre germinatif activés, sans activité aigue. La densité glandulaire est conservée. Les glandes sont régulières, sans signes de dysplasie. Pas de métaplasie intestinale observée. Les coupes colorées au Giemsa montrent la présence de l'helicobacter pylori en quantité minime à la surface du revêtement épithélial et des glandes.

### CONCLUSION :

1- Cholécystite chronique lithiasique. Absence de signes de malignité.

2- Gastrite antrale chronique, folliculaire modérée, avec présence d'*Helicobacter pylori* +. Absence de signes de malignité.

Signé : Dr. Réda MISSOURY

Dr. MISSOURY Réda  
CENTRE DE PATHOLOGIE DU MAARIF  
38, Bd. Bir Anzarane 5ème Etage Appt. 9  
Maarif - Casablanca  
Tél : 0522 98 64 71 - 0522 23 91 10  
Fax : 0522 98 74 78