

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° W21-815603

A 76449

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :
Matricole : 08707		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : A. H. T. S. B. A. L. I. A. R. S.		
Date de naissance : 01-03-68		
Adresse : 2 Casablanca Town 100 mm 11 442723		
Tél. : 0667 273 38 Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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.	
Age : 22 SEP. 2023	

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) :

Le : _____ / _____ / _____



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
11/09 2023	Sob		gratuit	Docteur M. A. Madzoum INP : 091117671 Chirurgien Dentiste en Radiologie et Endodontie Atlas - Casa INP : 091117671
13/09 2023	Vérification	200		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MONA Lamzabionne Med Hassna Lamkansa Med Hassna Maârouf CASABLANCA	11.09.23	142.20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Radiologue Dr. A. Madzoum INP : 091117671	13/09/23	Vérification	300.00 HT

AUXILIAIRES MEDICAUX

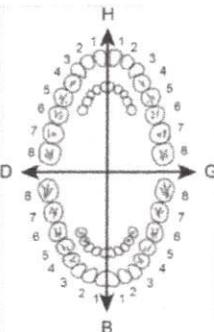
Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

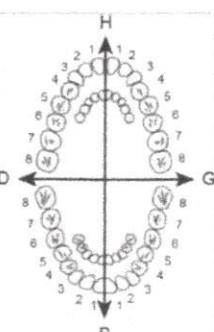
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	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'EXECUTION

Abd KAFRIZ AZIL

colosAN

signo dete peyone

(+) Lys

Cray

Col

Polyclinique Atlas
27 Rue Jean Jaurès - CASABLANCA
Tél : 0522 27 90 43
RADIOLOGIE

fortrans®

Composition:

Macrogol 4000*	.....	64.000 g
Anhydrous sodium sulfate .....	.....	5.700 g
Sodium bicarbonate .....	.....	1.680 g
Sodium chloride .....	.....	1.460 g
Potassium chloride .....	.....	0.750 g

For one sachet of 73.690 g

* = P.E.G. 4000 = Polyethylene glycol 4000

Excipient with known effect: sodium.
See the package leaflet for more information.

Pharmaceutical form:

Powder for oral solution in sachet.

Method and route of administration:

Oral route.

Dissolve the content of each sachet in one litre of water.

Shake until the powder has completely dissolved.

Read the package leaflet before use.

Keep out of the sight and reach of children.



LOT : A50089
Exp : 12/2025

Authorised medicinal product N°: 3400932886227
List I.
No special condition for storage.

F A C T U R E

N° 4 183 / 2023 du 13/09/2023

Nom patient	BOUKHRIS AZIZ	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT	13/09/2023	13/09/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
COLO SCANE	1,00	Z	1 875,00	1 875,00
			Sous-Total	1 875,00
PHARMACIE	1,00		505,00	505,00
			Sous-Total	505,00
Total Frais Clinique				2 380,00
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. LHAJOUI HAYAT (radiologue)	1,00		625,00	625,00
			Sous-Total	625,00
Total prestations externes				625,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS MILLE CINQ DIRHAMS	Total général	3 005,00

Encaissements		Carte Bq	Total encaissé	Solde
		3 005,00	3 005,00	0,00



ANNEXE PHARMACIE

Nom patient BOUKHRIS AZIZ	N° Facture	4 183	R520923
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
VISIPAQUE INJ	1	505,00	505,00
Sous-Total médicaments			505,00
(*) <i>Conditionnement hospitalier</i>		Total pharmacie	505,00



Le : 13/09/2023

Références

4 183 / 230914101141000605
PAYANT

Entrée / Sortie : 13/09/2023 - 13/09/2023

Le Dr. LHAJOUI HAYAT

présente à Mr BOUKHRIS AZIZ

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
625,00 Dhs (SIX CENT VINGT-CINQ DIRHAMS)

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

DOCTEUR LHAJOUI HAYAT
Médecin Radiologue
27, Rue Jean Jaurès
TAI 05 22 22 22 22
Poly Clinique Atlas
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 13/09/2023 Heure 10:10

<u>Nom et Prénom du patient</u>	Mr BOUKHRIS AZIZ	<u>Age ou Date Naissance</u>	56 - 06/03/1968
<u>N° Cin du patient ou du tuteur</u>	BE436527		
<u>Adresse</u>	CASA GREEN TOWN ILO 11 IMM 11 APTT 03 VILLA VERTE BOUSK		
<u>Téléphone</u>	06 61 22 25 06		
<u>'ersonne à appeler en cas d'urgence</u>	06 61 21 73 59		
<u>Médecin traitant</u>	MAAZOUZ KELTOUM	<u>Durée prévue d'hospitalisation (jours) :</u>	0 0,00
<u>Motif d'hospitalisation</u>	...		
<u>Affiliation à une couverture maladie</u>	OUI		

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

<u>Nom et prénom de l'assuré</u>	<u>Lien de parenté</u>
<u>Organisme assureur</u>	
<u>Mode de paiement</u>	PAYANT - R.A.M / MUP

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

<u>Date Sortie</u>	13/09/2023	<u>Heure</u>	<u>Durée d'hospitalisation (jours)</u>	0
<i>27, Rue Jean Jaurès, quartier Gauthier - Casablanca Tél : 05 21 27 40 43 POLYCLINIQUE ATLAS RADIOLOGIE</i>				
Nom et prénom du signataire		Signature		

MR BOUKHRISS AZIZ

13/09/2023

TDM ABDOMINO- PELVIENNE

Technique : Acquisition hélicoïdale en coupes fines avec reconstructions sagittales et coronales sans et avec injection de PDC

Résultats :

- Epaississement pariétal circonférentiel et irrégulier sub-sténosant du sigmoïde, mesurant 16 mm d'épaisseur maximale étendu sur 82mm.
- Il s'y associe la présence d'une collection adjacente, qui est ovalaire assez bien limitée de contour régulier, hypodense rehaussée de façon hétérogène après injection de PDC mesurant 29x28 mm.
- Importante infiltration nodulaire et en flamme de la graisse péritonéale tout autour.
- Epanchement pelvien de faible abondance.
- Adénopathies infra centimétriques localisé au niveau des chaines pré-aorto-cave et iliaque commune droites la plus volumineuse mesure 7.2 mm de petit axe.
- Epaississement du feuillet péritonéal en regard de la gouttière pariéto-colique gauche.
- Foie de taille normale, de contours bosselés par endroit, siège de multiples lésions nodulaires (au moins 25) intéressant quasiment tous les segments, hypodenses rehaussées de façon hétérogène après injection de PDC. La plus volumineuse siège au niveau du segment VIII et mesure 18.6x16mm.
- VB d'aspect TDM normal.
- Absence de dilatation des VBIH et VBP.
- TP de calibre normal, perméable
- Rate et pancréas d'aspect normal.
- Nodule du bras interne de la surrénale gauche (-7.4UH), mesurant 13.6 mm
- Surrénale droite d'aspect normal
- Reins de taille normale, de contours réguliers, sécrétant sans les délais normaux, sans dilatation des cavités excrétrices, sans image lithiasique
- Petits kystes rénaux corticaux simples
- Absence d'adénopathie profonde de taille significative
- Appendice latérocaecale d'aspect normal
- La vessie de bonne capacité, à paroi fine
- Prostate augmentée de volume (38ml) homogène.
- Les fenêtres osseuses ne montrent pas d'anomalie suspecte.

A noter sur les coupes basses passant par le thorax :

- Nodule pulmonaire postéro basal gauche mesurant 27x16mm0

Conclusion :

- Aspect TDM en faveur d'un épaississement pariétal circonférentiel irrégulier et sub sténosant du sigmoïde associé à une collection adjacente et une importante infiltration nodulaire et en flamme de la graisse périctonéale en regard : Epaississement tumoral surinfecté ? Autre ? A confronter au reste du bilan.
- Multiples lésions hépatiques d'allure suspectes : A confronter aux données d'une IRM hépatique.
- Nodule pulmonaire postéro basal gauche d'allure suspect.
- Adénome de la surrénale gauche

Cordialement



Mention médecin :

Casablanca, le 11-09-2013

Nom du patient : BOUKHRIS ABIB

طريقة التحضير لتنظير القولون Préparation en vue d'une coloscopie

SV

Prescription médicale

14.9.20

> FORTRANS sachet

> Contalax comprimés

Chlorhydrate

Décongestion
Gastro-entérologie

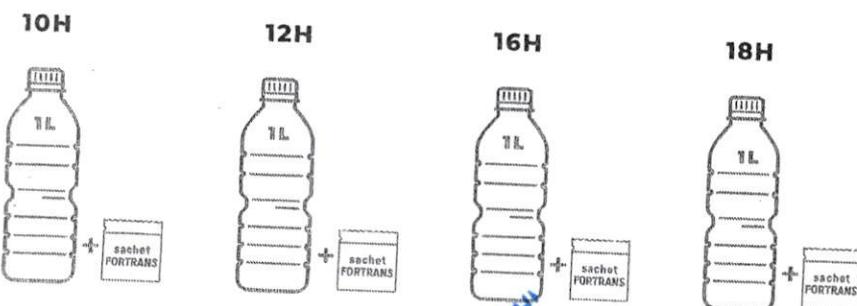
Préparation en Prise Unique

4 sachets dans quatre litres d'eau (Fortrans : c'est une boîte de quatre sachets) chaque sachet dans 1 litre d'eau, boire les 4 sachets (boîtes) dans 4 litres.

التحضير على مرحلة واحدة

أربعة أكياس (فورترانس)
في 4 لترات من الماء

التوقيت



+/- si constipation :

Contalax comprimés :

02 cp à 10h/02 cp à 14h/2 cp à 18h

+/- الأدوية

2 أقراص مع العاشرة

2 أقراص مع الثانية زوالاً .

دكتور نور الدين الرادي
Docteur N. RADHI
Chirurgien Atlas Casablanca
N° 09112271

Etapes de la préparation

مراحل الاعداد للفحص

- ✓ Commencer le régime sans résidus deux jours avant le jour de l'acte.
- ✓ Être à jeun et accompagné
- ✓ Arrêter les comprimés de Fer avant l'examen (au moins la veille), préciser si traitement qui fluidifie le sang.

- ✓ تتبع حمية بدون بقايا يومين قبل يوم الفحص
- ✓ الحضور للفحص دون قنال الشفط مصائم و مرفوق بشخص
- ✓ أوقف أقراص الحديد قبل الفحص (على الأقل في اليوم السابق) ، وحدد ما إذا كانت تأخذ دواء يخفف الدم

Les aliments autorisés

الأطعمة المسموح بها هي

- ✓ Biscottes, Poulet
- ✓ Œufs à la coque ou cuits durs
- ✓ Yaourts nature
- ✓ Riz et pomme de terre
- ✓ Viandes et poissons grillés
- ✓ Bouillon clair vermicelle
- ✓ Thé, café, tisane
- ✓ خبز مشوي، دجاج
- ✓ بيض مسلوق أو مطبوخ جيد
- ✓ الزبادي السادة
- ✓ أرز و بطاطس
- ✓ لحم مشوي و سمك مشوي
- ✓ شعرية خفيفة
- ✓ الشاي والقهوة والشاي المشبب

Les aliments qu'il faut éliminer

يجب التخلص من الأطعمة التالية

- ✓ الخضار والفواكه النيئة أو المطبخة
- ✓ Pain et céréales complètes
- ✓ Viandes en sauces (couscous, tajine)
- ✓ كامل البizer والحبوب
- ✓ لحم فيصلات (كسكس، صاجين)



F A C T U R E

N° 4 178 / 2023 du 13/09/2023

Nom patient	BOUKHRIS AZIZ	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
RECTOSCOPIE F/SALLE	1,00	K	400,62 Sous-Total	400,62 400,62
PHARMACIE	1,00		399,38 Sous-Total	399,38 399,38
Total Frais Clinique				800,00
<i>PRESTATIONS EXTERNES</i>				
DR. ANESTHESISTE REAN (anesth. rea)	1,00		200,00	200,00
DR. MAAZOUZ KELTOUM (gastro enterologue)	1,00		1 000,00 Sous-Total	1 000,00 1 200,00
Total prestations externes				1 200,00

		Total général	2 000,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>			
DEUX MILLE DIRHAMS			

Encaissements	Chèque			Total encaissé	Solde
	2 000,00			2 000,00	0,00

Ref Chq : CHEQ N 119 BMCE/
Polyclinique Atlas
 FACTURATION
 27 Rue Jean Jaurès Casablanca
 Tel: 022 27 94 94 Fax 022 27 90 00

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	BOUKHRIS AZIZ	N° Facture :	4 178	E350923
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant	
DIPRIVAN	1	39,08	39,08	
FLUIDES MEDICAUX AG par Mn (001)	10	5,00	50,00	
K-Y/PATIEN 42G POMMADE (01)	1	15,00	15,00	
LIDOCAINE 2% INJ (01)	1	10,30	10,30	
Sous-Total médicaments			114,38	
CD (012)	1	50,00	50,00	
COMPRESSES PATIENT (001)	10	2,50	25,00	
GANT JETABLE	6	5,00	30,00	
INTRANULE BLEU 22 GA (001)	1	20,00	20,00	
PINCE A BIOPSIE JETBLE (001)	1	150,00	150,00	
SERINGUE 10 CC (001)	2	5,00	10,00	
Sous-Total consommable médical			285,00	
(*) Conditionnement hospitalier		Total pharmacie	399,38	

Polyclinique Atlas
FACTURATION
 27 Rue Jean Jaurès Casablanca
 Tél: 022 27 94 94 Fax 022 27 90 00

POLYCLINIQUE ATLAS**NOTE D'HONORAIRES**

Le : 13/09/2023

Références

4 178 / PAYANT

Entrée / Sortie : 13/09/2023 - 13/09/2023

Le Dr. ANESTHESISTE REANIMATEU

présente à Mr BOUKHRIS AZIZ

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
200,00 Dhs DEUX CENTS DIRHAMS

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

*Cachet et signature***POLYCLINIQUE ATLAS****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 13/09/2023

Références

4 178 / PAYANT

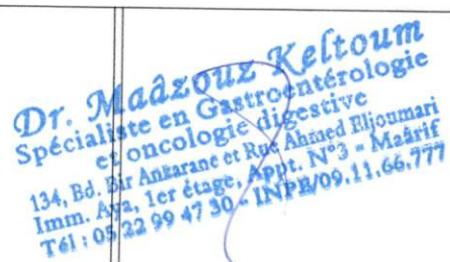
Entrée / Sortie : 13/09/2023 - 13/09/2023

Le Dr. MAAZOUZ KELTOUM

présente à Mr BOUKHRIS AZIZ

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
1 000,00 Dhs MILLE DIRHAMS

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

*Cachet et signature*

COLOSCOPIE

BOUKHRIS Aziz

Casablanca le, 13/09/2023

Opérateur : Dr Maazouz
Appareil : Olympus
Anesthésie : Dr Benny
Lieu : Clinique Atlas

Clinique

contrôle post drainage d'abcès diverticulaire

Examen

anus pas de LAp
rectum sain
progression jusqu'à 30 cm de la marge anale où on retrouve une angulation impossible à franchir malgré plusieurs tentatives
pas de diverticules vus
complément par coloscan
minuscule polype enlevé à la pince froide

Dr. Maazouz Keltoum
Spécialiste en Gastroentérologie
et oncologie digestive
134, Bd. Bir Anzarane et Rue Ahmed Eljoumari
Ijam, Aya, 1er étage, Appt. N°3 - Maârif
Tél : 05 22 99 47 30 - INPE/09.11.66.777