

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **10777**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Zlivel FADWA**

Date de naissance : **04/09/1979**

Adresse : **Rue Ali Abderrazak Nesselence CRITA Affan**

Vélocenne

Tél. : **0663372527**

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Hassane BEKOUCHI**  
Néologue - Obstétricienne  
Infirmier Communal, Rte d'Azemmour  
Entrée B, 2<sup>e</sup> Etage, N°11, Hay Hassan  
Casablanca  
Télé: 05 22 930 930

Cachet du médecin :

**04/12/2023**

Date de consultation :

**Zlivel FADWA**

Age : **44 ans**

Nom et prénom du malade :

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 : **Casa**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **04/12/2023**

| 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 |                       |                                 |
| 01/12/2023  | Consultation + FCV           |                        | 100,00                          | Dr ZAIDI Hafida  | INPE : 092067214      |                                 |
| 20/12/2023  | Gratuit                      |                        |                                 | Entrée 3, 2ème étage   | Commune de Casablanca |                                 |
|   |                              |                        |                                 | Gsm: 0651961404  | Tél: 05 22 930 930    |                                 |
| EXECUTION DES ORDONNANCES   |                              |                        |                                 |  |                       |                                 |
| Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur   | Date                         | Montant de la Facture  |                                 |  |                       |                                 |
| <b>PHARMACIE EL HAMDOLILLAH</b><br>Dr. ZAIDI Hafida<br>Anssari N°123 Rue Bouazzza - Casablanca<br>Tél: 0522.29.09.46 / WhatsApp: 06.00.73.33.76<br>ICE: 0010332.00000066<br>INPE: 092067214             | 4/12/23                      | 413,90                 |                                 |  |                       |                                 |
| <b>PHARMACIE EL HAMDOLILLAH</b><br>Dr. ZAIDI Hafida<br>tot. Anssari N°123 Rue Bouazzza - Casablanca<br>Tél: 0522.29.09.46 / WhatsApp: 06.00.73.33.76<br>Laboratoire et du Radiologue<br>INPE: 092067214 | 20/12/23                     | A32.70                 |                                 |  |                       |                                 |
| ANALYSES - RADIOPHARIES   |                              |                        |                                 |  |                       |                                 |
| Date  | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |                                 |  |                       |                                 |
| 13/12/23  | R 270                        | 3000 DH                |                                 |  |                       |                                 |
| AUXILIAIRES MEDICAUX  |                              |                        |                                 |  |                       |                                 |
| Cachet et signature du Particien  | 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.                                  |          |   |   |  |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |          |   |   |  |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>  |          | <b>Dents Traitées</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <b>Nature des Soins</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <b>Coefficient</b><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |          | <b>INP :</b> <input type="checkbox"/>   |   |  |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |          | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>   |   |  |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |          | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  |   |  |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |          | <b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>   |   |  |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |          | <b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>   |   |  |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>O.D.F PROTHESSES DENTAIRES</b><br>   |          | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding-right: 20px;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |   |  | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 |  | 00000000 | 00000000 | G | 35533411 | 11433553 | B |  |  |
| H   | 25533412 | 21433552  |   |  |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
| D   | 00000000 | 00000000  |   |  |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   | 00000000 | 00000000  |   |  |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
| G   | 35533411 | 11433553  |   |  |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
| B   |          |   |   |  |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |          | <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>   |   |  |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |          | <b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>  |   |  |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |          | <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>   |   |  |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |          | <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>   |   |  |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>   |          |   |   |  |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>  |          |   |   |  |   |          |          |   |          |          |  |          |          |   |          |          |   |  |  |

الدكتورة

## إختصاصية في أمراض النساء والتوليد

جراحة السرطان - أمراض الثدي  
التشخيص والجراحة بالمنظار - العقم  
المساعدة الطبية على الانجاب  
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى جامدة  
ديكارت - باريس

cologique - Maladies du Sén-  
Colposcopie - Hystéroskopie  
éation Médicalement Assistée  
Echographie de l'Université  
aris - Descartes

الدار البيضاء، في : ..... sablanca, le :

04/12/2023

Jum'at Zainul Rasyid

65c

1

**W - Geel**

S.V

PHARMACEUTICALS  
Dr. Zia IDT Farid  
Lot. Ansari N° 120000066  
Tel. 0522-29.09.46 / WHATSSAP : 06.00.73.33  
ICL : 00101220000066  
INPE : 022067214

normal?

→ October 2007 (Sx 14)

F2 413.90

ع<sup>م</sup>ارة الجماعة المدخل ب، الطابق الثانى رقم 11، طريق أزمور- الحى الحسنى - الدار البيضاء

Immeuble Communal Rte d'Azemmour, Entrée B, 2ème Etage - N°11 - Hay Hassani - Casablanca

E-mail : dr.bekouchi@gmail.com - GSM : 06 61 961 404 - Tél.: 05 22 930 930

**Docteur Imane BEKOUCHI**  
**Spécialiste en Gynécologie**  
**Obstétrique**

Chirurgie gynécologique - Maladies du Sein  
Cœlioscopie- Colposcopie - Hystéroskopie  
Stérilité - Procréation Médicalement Assistée  
Diplômée en Echographie de l'Université  
Paris - Descartes



**الدكتورة إيمان بکوشی**  
**اختصاصية في أمراض النساء**  
**والولادة**

جراحة السرطان - أمراض الثدي  
التشخيص و الجراحة بالمنظار - العقم  
المساعدة الطبية على الإنجاب  
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى جامعة  
ديكارت- باريس

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء، في :

Mme :

20/12/2013.

1- Q<sup>ue</sup> triage fader:  
36,3°  
1- Hology or  
not lesin x lag

4.5

96,60  
21- Fleury evrik  
1 plante

4.5

**PHARMACIE EL HAMDOULLAH**  
Dr. Zouidi Hayda  
tot. Hassani - 12ème étage - Bld Hassan II  
tel: 0522 29 99 46 / 0522 29 99 73 37  
ICP: 00-032-0000066  
INPE: 092067214

**Dr. Imane BEKOUCHI**  
Gynécologue - Obstétricienne  
Rte d'Azemmour  
Entrée B, 2<sup>e</sup> Etage  
Hay Hassani - Casablanca  
0661 46 1404 - Tel: 05 22 930 930

عمراء الجماعة المدخل، الطابق الثاني رقم 11، طريق أزمور الحسي - الدار البيضاء

Immeuble Communal Rte d'Azemmour, Entrée B, 2<sup>e</sup> Etage - N°11 - Hay Hassani - Casablanca

E-mail : dr.bekouchi@gmail.com - GSM : 06 61 961 404 - Tél.: 05 22 930 930

001 135004  
PER 07/02/26  
PPV 360H30

36130

Distribué par: ZENITHPHARMA  
96, Zone Industrielle Tassila Inezgane  
Agadir-Maroc  
Dr. M. EL BOUHMADI, Pharmacien Responsable  
AMM N°: 24/18DMP/21/NRQ  
P.P.V.: 96.40 DHS

**Docteur Imane BEKOUCHI**  
**Spécialiste en Gynécologie**  
**Obstétrique**

Chirurgie gynécologique - Maladies du Sein  
Coelioscopie- Colposcopie - Hystéroskopie  
Stérilité - Procréation Médicalement Assistée  
Diplômée en Echographie de l'Université  
Paris - Descartes



**الدكتورة إيمان بکوشی**  
**اختصاصية في أمراض النساء**  
**والتواليد**

جراحة السرطان - أمراض الثدي  
التشخيص و الجراحة بالمنظار - العقم  
الممساعدة الطبية على الإنجاب  
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى جامعة  
ديكارت- باريس

Mme :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



مختبر التشريح المرضي شارع ڭلمنية

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



**FACTURE N°** 202312334C

Nom et Prénom : Zriouel Fadwa

Montant : 300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : 1870

Casablanca, le ..... 13/12/23

## Cachet et Signature



Le 633, Rue Goulmima - 1<sup>er</sup> 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

**Docteur Imane BEKOUCHI**  
**Spécialiste en Gynécologie**  
**Obstétrique**

Chirurgie gynécologique - Maladies du Sein  
Coelioscopie- Colposcopie - Hystéroskopie  
Stérilité - Procréation Médicalement Assistée  
Diplômée en Echographie de l'Université  
Paris - Descartes



**الدكتورة إيمان بکوشي**  
**اختصاصية في أمراض النساء**  
**والتوسيع**

جراحة السرطان - أمراض الثدي  
التشخيص والجراحة بالمنظار - العقم  
المساعدة الطبية على الإنجاب  
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى جامعة  
ديكارت- باريس

Casablanca, le : .....  
Mme : ..... 4/12/2015

Quatrième Rappel  
Une bonne visite,  
continuer régulièrement

Une  
visite  
assez  
particulière

Attaque d'épilepsie

Dr Imane BEKOUCHI  
Gynécologue - Obstétricienne  
Immeuble Communal, Rte d'Azemmour  
Entrée B, 2<sup>e</sup> Etage, N°11, Hay Hassani  
Casablanca  
Gsm: 0661 96 14 04 - Tél: 05 22 930 930

\_\_\_\_\_ عماره الجماعة المدخل بـ، الطابق الثاني رقم 11، طريق أزمور- الحي الحسني - الدار البيضاء \_\_\_\_\_  
Immeuble Communal Rte d'Azemmour, Entrée B, 2<sup>e</sup> Etage - N°11 - Hay Hassani - Casablanca  
E-mail : dr.bekouchi@gmail.com - GSM : 06 61 961 404 - Tél.: 05 22 930 930

**Docteur Imane BEKOUCHI**  
**Spécialiste en Gynécologie**  
**Obstétrique**

Chirurgie gynécologique - Maladies du Sein  
Coelioscopie- Colposcopie - Hystéroskopie  
Stérilité - Procréation Médicalement Assistée  
Diplômée en Echographie de l'Université  
Paris - Descartes



**الدكتورة إيمان بکوشي**  
**اختصاصية في أمراض النساء**  
**والتوقيت**

جراحة السرطان - أمراض الثدي  
التشخيص و الجراحة بالمنظار - العقم  
المساعدة الطبية على الإنجاب  
حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى جامعة  
ديكارت - باريس

Casablanca, le : 04/12/2023 : الدار البيضاء، في :

Mme :

Facture

Briseel

Tadra

Consult + Echographie

peh

soofli

Cent dhs



عمراء الجماعة المدخل ب، الطابق الثاني رقم 11، طريق أزمور- الحي الحسني - الدار البيضاء  
Immeuble Communal Rte d'Azemmour, Entrée B, 2ème Etage - N°11 - Hay Hassani - Casablanca  
E-mail : dr.bekouchi@gmail.com - GSM : 06 61 961 404 - Tél.: 05 22 930 930

**Dr Fadoua El Mansouri**

Professeur en Anatomie Pathologique

الدكتورة المنصوري فدوى

أستاذة في التشريح المرضي

2312334

**DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO ET CYTOPATHOLOGIQUE**

Identité du patient(e) :

4/12/2013

Médecin prescripteur :

Dr Fadoua El Mansouri

Age : 19 Ans Date du prélèvement :

01/02/2013

Renseignements cliniques et para cliniques :

Fadoua El Mansouri

Siège et nature du prélèvement :



Examen cytopathologique :

FCV

Vagin

Exocol

Endocol

Endomètre

Date des dernières règles :

Parité :

Traitements en cours :

Signature et Gachet du Médecin

Cytopathologie conventionnelle et monocouche - Histopathologie - Histo chimie - Extemporané - Immunohisto chimie - Biologie moléculaire

Le 633, Rue Goulimima - 1<sup>er</sup> 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 : anapatgoulimima@yahoo.fr

OK



زنقة ڭليمية. الطابق الأول-الشقة 2 - بورڭون (قرب صيدلية العيون ولوکامید). الدار البيضاء 633

Le 633, Rue Goulimima - 1<sup>er</sup> Etage - Appt N° 2 - Bourgogne  
(à côté Pharmacie Laayoune et LOCAMED) - Casablanca

Tél./Fax : 05 22 26 35 35 - Urgences : 06 14 88 11 88 - E-mail : anapathgoulmima@yahoo.fr

قرب محطة الحالات 43 - 14 - 67 - 56 - 10 - 60



مختبر التشريح المرضي شارع كلمية

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



**Dr Fadoua EL MANSOURI**

Professeur en Anatomie Pathologique

Réf .202312334C

Nom et prénom : Zriouel Fadwa

Age : 46 Ans

Reçu le 13/12/2023

Médecin : Dr Bekouchi

Adresse : Casablanca

الدكتورة المنصوري فدوى

أستاذة في التشريح المرضي

Résumé des renseignements cliniques : FCV de dépistage

1- Méthode de prélèvement : Frottis en milieu liquide.

2- Type de prélèvement : col et vagin.

3- Qualité du prélèvement : peu satisfaisant (nombreux agrégats de PNN masquant souvent la desquamation pariétale).

4- Fond : inflammatoire très prononcé avec présence de nombreux polynucléaires neutrophiles organisés souvent en placards et en agrégats et altérés ailleurs. Débris nucléaires ++.

5- Profil hormonal : trophicité assez bonne.

6- Cellules malpighiennes :

Cellules superficielles et intermédiaires siège d'altérations cytolytiques focales.

Présence de cellules basales et parabasales de type métaplasique ; à cytoplasme cyanophile et éosinophile d'aspect régulier quand c'est analysable.

7-Cellules glandulaires : Rares cellules isolées d'allure dystrophique entremêlés à des PNN.

8-Flore vaginal : Flore de Doderlin exubérante avec présence de nombreux germes à morphologie de Gardnerella vaginalis en faveur d'une vaginose

## CONCLUSION

- Frottis cervico-utérin cytolytique et inflammatoire très marqué.
- Aspect cytologique en outre en faveur d'une vaginose bactérienne prononcée.
- A contrôler après traitement.



Cytopathologie conventionnelle et monocouche - Histopathologie - Histo chimie - Extemporané - Immunohisto chimie - Biologie moléculaire

Le 633, Rue Goulimma - 1<sup>er</sup> 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 : anapatgoulimma@yahoo.fr

Flourel

V56004.194 23 12 04 15

04.12.2023

1F-08819

DR BERKOUSSI Imane

Tl5 0.2  
Tlb 0.2  
ML 1.7

RICS 9A RS  
GYN  
7.0cm / 1.2

Positive H&E  
H&E 11.00 : 1.00  
Ax 100  
Ver. 1  
S.6 - M.1  
111/12

