

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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 caractére 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

N°D:

11728

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1438 Société : MUPRAS

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : F DOULI Ahmed

Date de naissance : 01/01/1951

Adresse : DAAR LAMARQE Block 1M. 488 N° 1

AIN SEBRA CASABLANCA

Tél. : 06 5220 074 Total des frais engagés : 82500.20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/12/2018

Nom et prénom du malade : DAI aussi FATHIA Age : 59

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Vésicule

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 : DAAR BL FNC Le : 16.12.2019

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
du 15/11/2016	Actes	1	7500.00	Dr. Med. Taoufiq L. A. chirurgien dentiste à Al Yamah 100 route 2026 15112016 22/11/2016 Hermine 262226
au 17/11/2016	facture			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/2019	240,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Hind AL-MASSRI Anatomo-Cytologique Centre de Pathologie 7 Louvre • Entrée 1 A 1300 Genève • Suisse Tél: 051 337 37 50 • Fax: 051 337 37 50	15/11/99	151 m/mg	500.-

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80
LOT : 9MA16B
PER : 04/2024

MONT
DES SO
PPV:22DH20
PER:06/21
LOT:II1425

DATE: PPV: 168,20 DH
DEVIS: LOT: 610827
PER: 11/20

DATE DE
L'EXECUTION



مصحة الحديقة لارميطاچ

- Chirurgie ORL
- Chirurgie maxillo-faciale
- Chirurgie Traumatologique et Orthopédique
- Chirurgie viscérale
- Anesthésie - Réanimation
- Chirurgie Ophthalmologique
- Chirurgie Plastique et Esthétique
- Chirurgie Dentaire
- Stomatologie Implantologie
- Radiologie - Echographie - Scanner

Rosa 1 Angle Allée de
L'Aude et rue Chant
d'oiseaux (à côté de
MacDonald's - Hermitage)
Tél : 05 22 28 64 64
Fax : 05 22 28 65 65
Urgences : 0666 10 89 32
Email : c-d-h@hotmail.fr
Site Web : www.cdh.ma

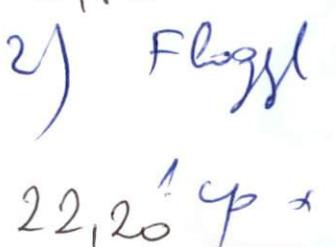
SCP au capital
de 200.000 DH
I.F : 40262570
CNSS : 8640311
Patente : 34750072

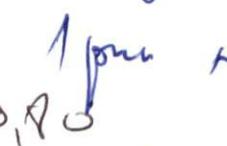
Casablanca, le 10/1/2019 الدار البيضاء في 10/1/2019

1) DALOUCHE 168, 20 **1** 1/1/2019 

Augment 

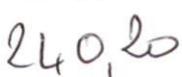
1 pms x 26 

2) Flagef 22,20 1 cp x 3 

49,80 

3) C. L. Lipron 

1 cp x 3 

240,20 







CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR

Dr. Hind ALATAWNA EL KOHEN

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du Docteur :

Nom et prénom : Dr. COUSIN Fathia Mr Mme Mlle ENF

Age : 1953

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 :

Date :

Signature :

Dr. Hind ALATAWNA
Anatomo-Cyto-Pathologiste
Centre de Pathologie Ibn Zohr
17 Louvre center n°1 Angle
Bd. Abdelmoumen et Bachir Latéef Casablanca
Tél: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 39 50

Dr. Med. Naoufik ALAM
Chirurgien Cancérologue
167, Boulevard Abdellah Bouroujen
Résidence Al Yamam -RDC
Casablanca - Tél: 0522 29 47 86
INP : 091166157

17, Louvre Center, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Bachir El Alj, App : N° 1 - Casablanca

Tél : 05 22 23 37 50/06 66 39 39 60 - Fax : 05 22 23 39 50 - E-mail : patho.ibnzohr@gmail.com

CLINIQUE LE PARC HERMITAGE

F A C T U R E

N° 4 755 / 2019 du 17/11/19

Nom patient	DALOUSSI FATIHA	Entrée 15/11/19	Sortie 17/11/19
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE VESICULE K120	1,00		2 574,10	2 574,10
			Sous-Total	2 574,10
PHARMACIE	1,00		575,90	575,90
			Sous-Total	575,90
Total Frais Clinique				3 150,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. LALAMI TAOUIQ (chirurgien generale)	120,00	K	30,00	3 600,00
DR. MOKHTARI MED AMIN (anesth/reanimate)	1,00	K	375,00	375,00
DR. YOUNKIF (anesth/reanimateur)	1,00	K	375,00	375,00
			Sous-Total	4 350,00
Total prestations externes				4 350,00

	Total général	7 500,00
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> SEPT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	7 500,00				7 500,00	0,00

CLINIQUE LE PARC Hermitage
مصحة الهدى لـ بـ رـ يـ طـ اـ جـ
Rosa 1, angle allée de l'Aude et rue chant d'oiseaux
Tel: 0521 28 64 64
INP: 090062126

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : DALOUSSI FATIHA	N° Facture	4 755	19K150759
Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
ACUPAN 20 MG INJ (05)	5	10,48	52,40
CLOPRAINE/INJ INJ (10)	8	2,23	17,84
FENTANYL AI 0,5 10 ml AMP. IN (10)	1	19,21	19,21
HIBOR3500UI/2AMP INJ (02)	1	49,00	49,00
PROPOFOL-INJ-1GR INJ (05)	2	40,00	80,00
SERUM GLUCOSE 5% 500ML SOLUTIO (01)	2	25,00	50,00
SPASFON 40 MG 4 ML INJ (06)	6	4,17	25,02
Sous-Total médicaments			293,47
CLIPS VERT (01)	2	65,00	130,00
DRAIN DE REDON (01)	1	5,00	5,00
ELECTRODES (001)	4	1,50	6,00
GANT STERIL 7 (01)	1	5,00	5,00
GANT STERIL 7,5 (01)	2	5,00	10,00
GANT STERIL 8 (01)	2	5,00	10,00
INTRANUL (01)	1	4,63	4,63
LAME BISTOURI 24	1	1,50	1,50
LAME DE BISTOURIE 11 (100)	1	1,00	1,00
PERFUSEUR (001)	2	3,65	7,30
POCHETTE A URINE ADULT (001)	1	6,00	6,00
SERINGUE 05 CC (001)	1	2,00	2,00
SERINGUE 10 CC (001)	4	3,00	12,00
SONDE D ASPIRATION (01)	1	4,00	4,00
SONDE SALEM (01)	1	30,00	30,00
VICRYL (01)	1	48,00	48,00
Sous-Total consommable médical			282,43
Total pharmacie			575,90

CLINIQUE LE PARC Hermitage
 مصحة الهمدانية لـ ربيطة
 ROSA ' angle allée de l' Hude et rue chemin d'oiseaux
 Tél (0522) 29 64 64
 INP: 090062126



CENTRE DE PATHOLOGIE
IBN ZOHR

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR

مختبر تشريح الخلايا والأنسجة ابن زهر

Dr. Hind ALATAWNA

Casablanca, le 15/11/2019

Nom & Prénom : DALOUSSI FATIMA
Référence : H91115278
Date réception : 15/11/2019

FACTURE N° 19/3972

Nature du prélèvement	Cotation	Montant TTC
Histologie vésicule biliaire		500,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de Cinq cents Dirhams

Signé :

Dr. Hind ALATAWNA
Anatomo-Cyto-Pathologiste
Centre de Pathologie Ibn Zohr
17 Louvre center n° 1 Angle
Bd. Abdelmoumen et Bachir Laalej Casa
0522 23 37 50 Fax: 0522 23 39 50

Patente N° 34 70 83 72

ICE : 001864938000053

INPE : 091151944

ICE : 001864938000053

17, Louvre Center, Angle Bd Abdelmoumen et Rue El bachir Laalej, App : N° 1
(Tramway, Station Abdelmoumen) - Casablanca

Tél. : 05 22 23 37 50 - Fax : 05 22 23 39 50 - Email : patho.ibnzohr@gmail.com

CLINIQUE LE PARC HERMITAGE**NOTE D'HONORAIRES**

Le : 15/11/19

Références

4 755 / 191120103116045004
PAYANT

Entrée / Sortie : 15/11/19 - 17/11/19

Le Dr. MOKHTARI MED AMINEprésente à **Mme DALOUSSI FATIHA**sa note d'honorai re s'élevant à la somme de
375,00 Dhs

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

*Cachet et signature***CLINIQUE LE PARC HERMITAGE****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 15/11/19

Références

4 755 / 191120103125045005
PAYANT

Entrée / Sortie : 15/11/19 - 17/11/19

Le Dr. YOUNKIFprésente à **Mme DALOUSSI FATIHA**sa note d'honorai re s'élevant à la somme de
375,00 Dhs

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

*Cachet et signature***CLINIQUE LE PARC HERMITAGE****NOTE D'HONORAIRES**

Le : 15/11/19

Références

4 755 / 191120103137045006
PAYANT

Entrée / Sortie : 15/11/19 - 17/11/19

Le Dr. LALAMI TAOUIFIQprésente à **Mme DALOUSSI FATIHA**sa note d'honorai re s'élevant à la somme de
3 600,00 Dhs

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

*Cachet et signature*

COMPTE-RENDU OPERATOIRE

Patient **Mme DALOUSSI FATIHA**

Chirurgien **DR. LALAMI TAOUIQ**

Anesthésiste **DR. MOKHTARI+YOUKLIF**

Nature de l'intervention **VESICULE**

Date intervention **15/11/19**

Type d'anesthési **Générale**

-Cholécystectomie rétrograde sous coelioscopie

-Technique Opératoire :

Patiene en DD jambes écartées sous AG, IOT, SG, SV.

Introduction de l aiguille de veress en sous costale gauche

Insufflation d un pneumo péritoine jusqu à une pression maximale de 14mm Hg

Introduction d un trocart de 10 optique au niveau de l ombilic

Introduction d un trocart N° 10 opérateur en para rectal gauche

Introduction d un trocart n° 5 à l HC droit et d un trocart N° 5 au flanc droit.

Exploration : VB à paroi fine, VBP de calibre normal

Dissection du trépied cystique

Clipage proximal puis coagulation distale de l artère cystique

Double clipage proximal puis clipage distal et section du canal cystique

Cholécystectomie rétrograde

Vérification de l hémostase et de la bilistase du lit vésiculaire

Extraction de la VB par le trocart opérateur.

Retrait des différents trocarts sous contrôle visuel

Exsufflation du pneumopéritoine.

Fermeture de l aponévrose de l orifice du trocart optique par un point au vicryl 1

Fermeture des orifices des trocarts par des points séparés à la soie 3/0.

Pansement.

L examen de la VB retrouve qu elle est multi lithiasiques à paroi souple.

Pièce adressée à l anapath.

Dr. Med. Taoufik LALAMI
Chirurgien Cancérologue
167, Boulevard Abdelmoumen
Résidence Al Yamama - RDC
Casablanca - Tél: 0522 29 87 06
INP : 091 766159



CENTRE DE PATHOLOGIE
IBN ZOHR

CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR

مركز تشريح الخلايا والأنسجة ابن زهر

Dr. Hind ALATAWNA

RECU LE : 15/11/2019
EDITE LE : 20/11/2019

NOM & PRENOM : DALOUSSI FATIHA
PRESCRIPTEUR : DR LALAMI TAOUIK
Age : 60 ANS
N/REF : H91115278

Nature du prélèvement : vésicule biliaire

Renseignements cliniques :

COMPTE RENDU

Macroscopie :

La vésicule biliaire, mesure 8 cm de long et 1 cm de diamètre. Elle montre une paroi souple. La muqueuse est respectée.

Microscopie :

Au total, 3 plans de coupe intéressant le collet, le corps et le fond vésiculaire sont examinés.

L'aspect histologique est celui d'une cholécystite chronique commune.

La muqueuse, parfois papillaire, possède un épithélium cylindrique le plus souvent conservé.

Le chorion fibro-congestif abrite des éléments libres polymorphes.

La muscleuse et l'adventice sont pour leur part remaniés par des nappes de fibrose dense, imbibées de liquide d'œdème et piquetées de lymphocytes, de plasmocytes et d'histiocytes.

CONCLUSION :

- Cholécystite chronique non spécifique.
- Absence de lésion spécifique ou tumorale.

Signé : Dr. Hind ALATAWNA

Dr. Hind ALATAWNA
Anatomo-Cyto-Pathologiste
Centre de Pathologie Ibn Zohr
17, Louvre Center, Angle Bd Abdelmoumen et Bachir El Alj, Casablanca
Tél: 05 22 23 37 50 - 06 66 39 39 60 - Fax: 05 22 23 39 50
E-mail: patho.ibnzohr@gmail.com - ICE: 001864938000053

17, Louvre Center, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Bachir El Alj, App : N° 1
(Tramway, Station Abdelmoumen) - Casablanca

Tél : 05 22 23 37 50 - 06 66 39 39 60 - Fax : 05 22 23 39 50

E-mail : patho.ibnzohr@gmail.com - ICE : 001864938000053

CLINIQUE LE PARC HERMITAGE

CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 15/11/19 Heure 07:59

Nom et Prénom du patient Mme DALOUSSI FATIHA Age ou Date Naissance 120 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant LALAMI TAOUIFIQ

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 2

Motif d'hospitalisation VESICULE

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 17/11/19

Heure 10:20

Durée d'hospitalisation (jours) 2

Nom et prénom du signataire

Signature

