

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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 070225

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4214 Société : R.A.S

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Abdellah Ham Joune

Date de naissance : 1973

Adresse : Ville 72 lot Ain Diabtt Ain Diab

CASABLANCA

Tél. : 0662780571 Total des frais engagés : 804,5 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 Blanca Le : 10 / 10 / 22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

| RELEVÉ 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 |
| | | | Capteur Remboursement CFE | |
| | | | Total dep. | 8804,5 |
| | | | Honoraires | 33 euros |

Complaintenkonto / CFE
Total dep. 8804,5
Ank. des 33 euro

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|-------------|------------------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

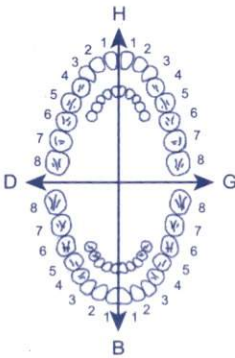
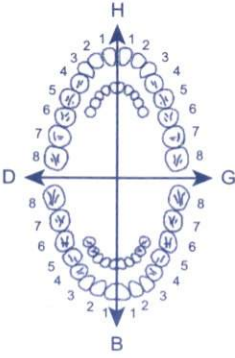
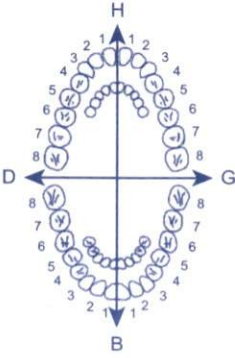
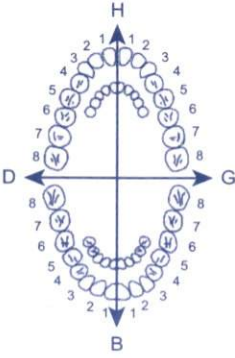
[illegible][illegible]

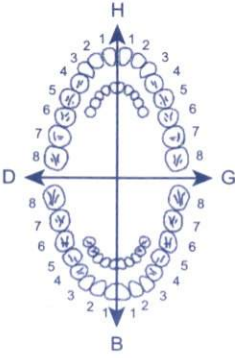
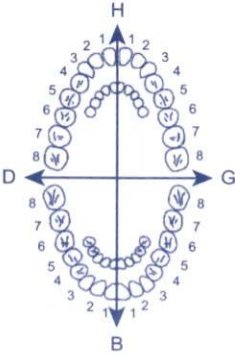
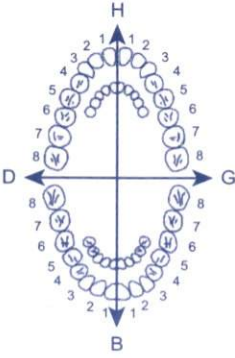
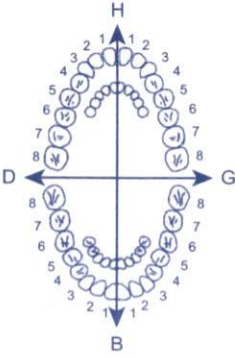
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 | |
|---|-------------------|---------------------|-------------|---|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
|  | | | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
|  | | | | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
|  | | | | FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

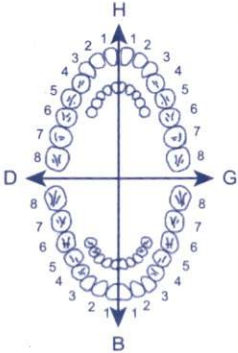
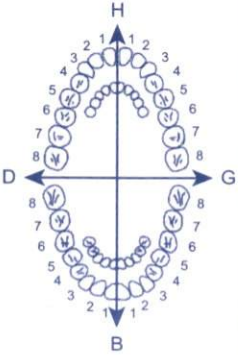
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|---|
|  | <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table> | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|--|--|---------------------|-------------------------|-------------------------|
|  | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | |
|  | <div><div>H</div><div><div>D</div><div>G</div></div><div><div>25533412</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>35533411</div></div><div><div>21433552</div><div>00000000</div><div>00000000</div><div>11433553</div></div><div>B</div></div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | <div><div>(Création, remont, adjonction)</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div> | | | MONTANTS DES SOINS | |
| | | | | DATE DU DEVIS | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Caisse des Français de l'Étranger

160 RUE DES MEUNIER
CS 70238 RUBELLES 77052 MELUN CEDEX
Tél. : 33 1 64 14 62 62
www.cfe.fr

MR ABDELLAOUI HAMDOUNE
VILLA 72 LOTISSEMENT AIN DIAB II
ANFA
20180 CASABLANCA
MAROC

Rubelles, le 13/09/2022

AVIS DE REGLEMENT

Page 1

| N° | Dates | Détail des prestations | Dépense réelle en Euros | Eléments de calcul | | | | | Montant du remboursement |
|----|--|--|-------------------------|--------------------|--------|--------|---------------|------------|--------------------------|
| | | | | Prix unitaire | Coeff. | Nbre | Base de remb | Taux | |
| 1 | ASSURE : HAMDOUNE - Maladie 05/09/2022 05/09/2022 06/09/2022 06/09/2022 TOTAL DU DECOMPTE | (100%) ETR : PHARMACIE ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE REFERENCE : 20220913I00562 -E | 8,05 259,42 | 25,00 | | 1 1 | 8,05 25,00 | 100 100 | 8,05 25,00 33,05 |

Montant total payé en Euros

33,05

Merci d'attendre quelques jours avant de formuler une réclamation si ce décompte n'intègre pas toutes les factures adressées par un même envoi postal. Il peut effectivement arriver que le remboursement de vos dépenses médicales intervienne à quelques jours d'intervalle en fonction de la nature des soins facturés.

Notre procédure de remboursement diffère en fonction du lieu de réalisation des soins. En cas d'envoi simultané de vos feuilles de soins (réalisés en France et à l'étranger), vous recevrez des décomptes séparés, une fois les remboursements effectués.

Lorsque vous déposez en ligne vos demandes dans votre Espace Personnel, vous devez garder les documents originaux pendant une période maximum de 27 mois à partir de la date de vos soins.

Les expatriés et leurs ayants droit assurés à la CFE ne sont pas concernés par les dispositions relatives au parcours de soins en France et n'ont pas à choisir de médecin traitant, ni à le consulter avant une visite chez un spécialiste.

Les dépassements d'honoraires, prévus en cas de non-respect du parcours de soins en France ne leur sont pas applicables. (circulaire ministérielle n°2005-275 du 27/05/05)

Assuré

N° de Sécurité Sociale : 1 53 52 99 350 747 76

Règlement

Référence : 20220913I00562

Destinataire : MR OU MME BRICE ABDELLAOUI

Mode : Virement SEPA

Compte : FR56 3000 2083 3400 0002 6827 D48

Nom : ABDELLAOUI

Prénom : HAMDOUNE

ÉTAT DÉCLARATIF A COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT POUR LES SOINS RECUS A L'ETRANGER
QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS

Identité du malade : NOM : ABDELLAOUI PRENOM : HAZDOUNE DATE DE NAISSANCE : 1/1/53

Détails des actes médicaux

Nom du praticien
ou de l'établissement

Date des soins

Montant réglé
en monnaie
locale

Montant
éventuellement
pris en charge par
l'organisme local

CONSULTATION(S)

- ☐ Généraliste ☐ Spécialiste
☒ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile
- ☐ Généraliste ☐ Spécialiste
☐ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile
- ☐ Généraliste ☐ Spécialiste
☐ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile
- ☐ Généraliste ☐ Spécialiste
☐ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile

05/09/2022 520

CARDIOLOGIE

- ☐ Électrocardiogramme (ECG)
- ☐ Électrocardiogramme + test d'effort (EFF)
- ☐ Autre acte, à préciser :

1/1/1/1 1/1/1/1 1/1/1/1

ACTE(S) D'IMAGERIE

- ☐ Radiographie, zone à préciser :
- ☐ Radiographie panoramique
- ☐ Mammographie : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale
- ☐ Scanner
- ☐ IRM
- ☐ Électroencéphalogramme
- ☐ Echographie, zone à préciser :
- ☒ Autre, à préciser : voir facture

1/1/1/1 1/1/1/1 1/1/1/1 1/1/1/1 1/1/1/1 1/1/1/1

ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MÉDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste...)

Date de la prescription : 1/1/1/1

Traitement dispensé du 1/1/1/1 au 1/1/1/1

Nombre de séances dispensées :

Description du traitement :

ANALYSES DE LABORATOIRE

Date de la prescription : 1/1/1/1 Date d'exécution : 1/1/1/1

Date de la prescription : 1/1/1/1 Date d'exécution : 1/1/1/1

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription : 05/09/2022 Date de délivrance : 05/09/2022

Date de la prescription : 1/1/1/1 Date de délivrance : 1/1/1/1

Date de la prescription : 1/1/1/1 Date de délivrance : 1/1/1/1

Date de la prescription : 1/1/1/1 Date de délivrance : 1/1/1/1

Date de la prescription : 1/1/1/1 Date de délivrance : 1/1/1/1

520

PHARMACIE SUP ANFA
Dr. Mouna CHABACH - PHA
Rég. 0229950418
14/10/22

AUTRES FRAIS DE SANTÉ

Description des frais facturés :

..... 1/1/1/1 1/1/1/1

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS A L'ÉTRANGER

Réservée à l'usage exclusif des adhérents de la CFE – A ne pas utiliser pour les soins reçus en France

Pour vous aider à renseigner cette feuille de soins, vous êtes invité(e) à vous référer aux conseils pratiques en bas de cette page

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (obligatoire) : 1 | 1 | 5 | 3 | 1 | 5 | 2 | 1 | 9 | 9 | 1 | 3 | 5 | 0 | 1 | 7 | 4 | 7 | 1 | 7 | 6 |

NOM (en capitales) :

Abdellahoui

Date de naissance : 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 |

Prénom :

Hamdane

Pays où ont été dispensés les soins :

TAGOL

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (s'il ne s'agit pas de l'adhérent)

NOM (en capitales) :

Date de naissance : | | / | | / | |

Prénom :

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

☐ Oui

☐ Non

⇒ Si oui, laquelle ?

Est-il retraité ?

☐ Oui

☐ Non

A-t-il des ressources personnelles de quelque nature que ce soit ?

☐ Oui

☐ Non

Je m'engage à signaler tout changement dans la situation de cet ayant-droit

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES SOINS (s'il ne s'agit pas de maladie)

☐ **Accident causé par un tiers, indiquez la date :**

| | / | | / | |

☐ **Accident de travail, indiquez la date :**

| | / | | / | |

☐ **Maternité, indiquez la date de conception :**

| | / | | / | |

(si vous ne l'avez pas envoyée, joignez votre déclaration médicale de grossesse)

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habituelles.

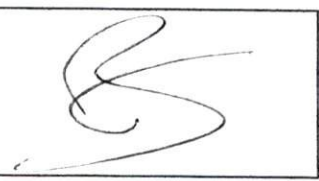
Signaler tout changement d'adresse et de domiciliation bancaire (RIB à joindre)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à signaler à la CFE toute modification de ma situation et notamment tout changement de pays. Les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'amende et/ou d'emprisonnement (articles L766-1-3 et L766-2-2 du code de la Sécurité Sociale – articles 313-1, 313-2-5, 441-1 et 441-6 du code pénal).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des dossiers de sécurité sociale des Français de l'étranger. Les destinataires des données sont : les organismes de protection sociale français, les caisses de retraite, les organismes gestionnaires de complémentaire santé, le ministère des Affaires étrangères, les établissements et professionnels de santé, les employeurs mandatés et les organismes bancaires. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de traitement :

Monsieur le Directeur de la CFE, CFE RELATION CLIENT – 160 rue des Meuniers – 77950 RUBELLES – France

Signature :



RENOUVELLEMENT DES FEUILLES DE SOINS (imprimé téléchargeable sur notre site www.cfe.fr, rubrique « vos imprimés »)

Pour obtenir des feuilles de soins dispensés à l'étranger, indiquez le nombre souhaité :

IMPORTANT : CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

● Utilisez une feuille de soins par malade.

● Complétez obligatoirement cette 1^{ère} page : tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement de votre demande. N'omettez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de signer la feuille de soins. Le verso doit également être complété par vos soins.

● Pour être remboursé(e), joignez systématiquement à la présente feuille de soins les éléments ci-dessous :

- ⇒ les factures originales détaillées et acquittées attestant du paiement pour chacune des dépenses.
- ⇒ les prescriptions médicales (avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage, actes en série, frais d'optique.
- ⇒ ainsi que, en cas de traitement en série, un état de frais indiquant toutes les dates de soins (massages par exemple).

● Dans tous les cas, le remboursement des feuilles de soins est subordonné à l'acquit de vos cotisations à la date des soins.

● Pensez à joindre un RIB lors de votre 1^{er} envoi de feuille(s) de soins.

● Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : www.cfe.fr



AKDITAL

Clinique longchamps
مصحة لونشون

Casablanca, le...

24/8/21

- Difficulté d'exercice
 - L'absence d'actes médicaux
- ⇒ Dysfonctionnement

5 (inverted)

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

Octave Mohamed
Leopoldo Castro
Clinique Longchamps
Tél : 0522 27 94 94

08/08/2028

8400

Le tefex.
Parvments
à 22 R.

- 2 parvments
à 6 R00

POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDISCIPLINAIRE

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

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 06/09/2022 Heure 10:30

Nom et Prénom du patient Mr ABDELLAOUI HAMDOUNE

Age ou Date Naissance 123 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant

Motif d'hospitalisation

Affiliation à une couverture maladie

Durée prévue d'hospitalisation (jours) :

0
0,00

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 N'aff

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 06/09/2022

Heure

Durée d'hospitalisation (jours)

0

Nom et prénom du signataire

Signature

Manométrie ano-rectale

Nom patient: Abdellaoui, Hamdoune
Sexe: Masculin
Date de naissance: 01/01/1953
Investigation age: 69
Dossier N°: -

Date d'examen: 06/09/2022
N° d'examen: 01
Clinique privée: Polyclinique Atlas
Docteur: -
Adressé par: dr slaoui

Compte-rendu d'examen

INDICATION

CONSTIPATION TERMINALE

DEROULEMENT DE L EXAMEN

BONNE PREPARATION RECTALE
BONNE COOPERATION DU PATIENT

RESULTATS

AU NIVEAU SPHINCTERIE

AU REPOS : HYPERTONIE AVEC DES MOYENNES DE PRESSIONS DE 109 CMH2O POUR LE SI ET 120 CMH2O POUR LE SE

LORS DES CONTRACTIONS VOLONTAIRES : BON TONUS SPHINCTERIE AVEC DES PRESSIONS ARRIVANT A 233 CMH2O POUR LE SI ET 250 CMH2O POUR LE SE

LORS DE LA CONTRACTION PROLONGEE: BON TONUS MAINTENUE PLUS DE 30 SEC

LORS DES EFFORTS DE TOUX : BON TONUS SPHINCTERIE

LORS DES EFFORTS DE POUSSEE : IMPORTANTE CONTRACTION PARADOXALE DES DEUX SPHINCTERS.

RRAI PRESENTS

BONNE **SENSIBILITE RECTALE** ET AUGMENTATION DE LA **COMPLIANCE** AVEC UN SEUIL DE PREMIERE PERCEPTION ATTEINT A 30 ML , UN SEUIL DE BESOIN A 60 ML ET UN VOLUME MAX TOLERABLE A 340 ML

EXPULSION DU BALLONNET REUSSIE

Pressions de repos

| Pression de repos (cmH2O) | | | | Normales = |
|---------------------------|--------|-------|-----|------------|
| # | HautCA | BasCA | Moy | |
| 1 | 109 | 120 | 114 | |
| Moyenne | 109 | 120 | 114 | |

Pression de repos moyenne (Anal) 114 cmH2O

Normales

Résultats de contraction volontairePression de repos (cmH₂O)

Normales =

| # | HautCA | BasCA | Moy |
|---------|--------|-------|-----|
| 1 | 99 | 118 | 108 |
| 2 | 104 | 122 | 113 |
| Moyenne | 102 | 120 | 110 |

Pression maximale (cmH₂O)

Normales =

| # | HautCA | BasCA | Moy |
|---------|--------|-------|-----|
| 1 | 113 | 138 | 126 |
| 2 | 131 | 132 | 132 |
| Moyenne | 122 | 135 | 129 |

Amplitude relative au zéro (cmH₂O)

Normales =

| # | HautCA | BasCA | Moy |
|---------|--------|-------|-----|
| 1 | 212 | 256 | 234 |
| 2 | 235 | 254 | 244 |
| Moyenne | 224 | 255 | 239 |

Résultats contraction vol. prolongée

Contraction volontaire prolongée N°

1

Canal de contraction

HautCA

Pression maximale

139

cmH₂O

Amplitude relative au zéro

252

cmH₂O

Pression moyenne

80

cmH₂O

P. après contraction

-21

cmH₂O

Aire sous la courbe

2879

cmH₂O.s

Durée de contraction

35,9

s

Pente de fatigue

-2,12

cmH₂O/s**Résultats d'effort**Pression de repos (cmH₂O)

| # | HautCA | BasCA | Moy |
|---------|--------|-------|-----|
| 1 | 113 | 130 | 122 |
| 2 | 85 | 106 | 96 |
| 3 | 69 | 119 | 94 |
| Moyenne | 89 | 118 | 104 |

Pression minimale (cmH₂O)

| # | HautCA | BasCA | Moy |
|---------|--------|-------|-----|
| 1 | 73 | 115 | 94 |
| 2 | 51 | 101 | 76 |
| 3 | 66 | 119 | 92 |
| Moyenne | 63 | 112 | 87 |

% de relaxation

| # | HautCA | BasCA | Moy |
|---------|--------|-------|-----|
| 1 | 35 | 12 | 24 |
| 2 | 40 | 5 | 22 |
| 3 | 4 | 0 | 2 |
| Moyenne | 26 | 6 | 16 |

Dossier N°:

Seuils de sensibilité rectale

| Sensation | Ballonnet ml | Normales | Rectum cmH2O | Pression anale cmH2O |
|----------------------|-----------------|----------|-----------------|-------------------------|
| Seuil de sensibilité | 50 | | | |
| Seuil de sensibilité | 50 | | 139 | 139 |
| Seuil de besoin | 150 | | 102 | 102 |

Résultats de RRAI

| | | | |
|-------------------------|--------|-------|----------|
| RRAI N° | 1 | | Normales |
| Canal de RRAI | Rectum | | |
| Volume ballonnet | 40 | ml | |
| Pression de repos | 19 | cmH2O | |
| Amplitude de relaxation | 4 | cmH2O | |
| Pression résiduelle | 15 | cmH2O | |
| % de relaxation | 21 | % | |
| Durée | 112,0 | s | |

Conclusion d'examen

HYPERTONIE ANALE DE REPOS
BONNE CONTRACTILITE VOLONTAIRE
IMPORTANTE DYSCHESIE ANORECTALE
AUGMENTATION DE LA COMPLIANCE RECTALE

UNE REEDUCATION PAR BIOFEED BACK EST INDIQUEE

Attending physician

dr khalifa

Opérateur

DR. A. EL KHALIFA
Gastro-Entérologie - Proctologie
Hôpital de Casablanca - 1610522 2024 22

Manométrie ano-rectale

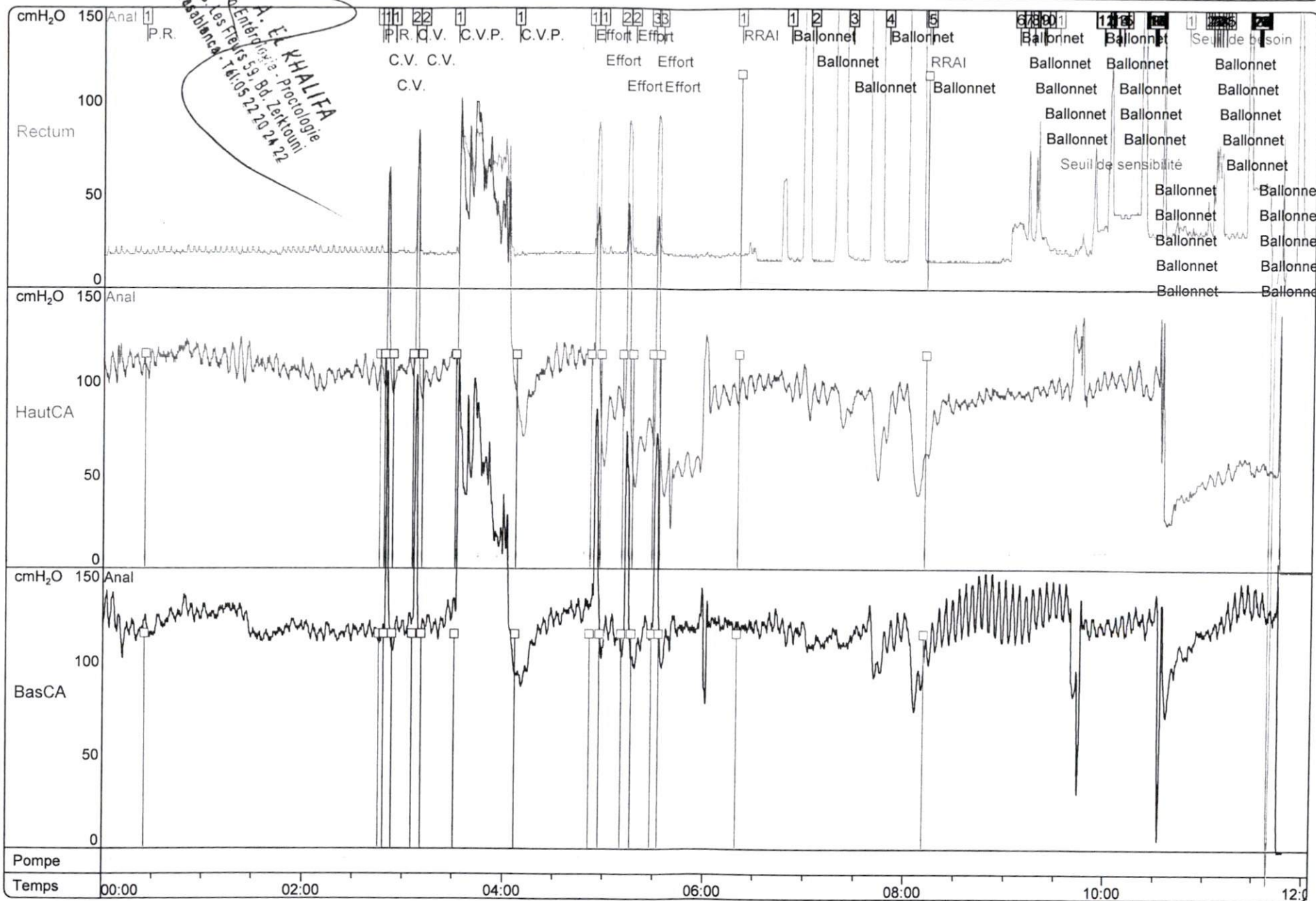
Abdellaoui, Hamdoune

Sexe: Masculin
Date de naissance: 01/01/1963

Dossier N°:
Date d'examen: 06/09/2022

N° d'examen: 01
Clinique privée: Polyclinique Atlas

Docteur:
Adressé par: dr slaoui



Manométrie ano-rectale

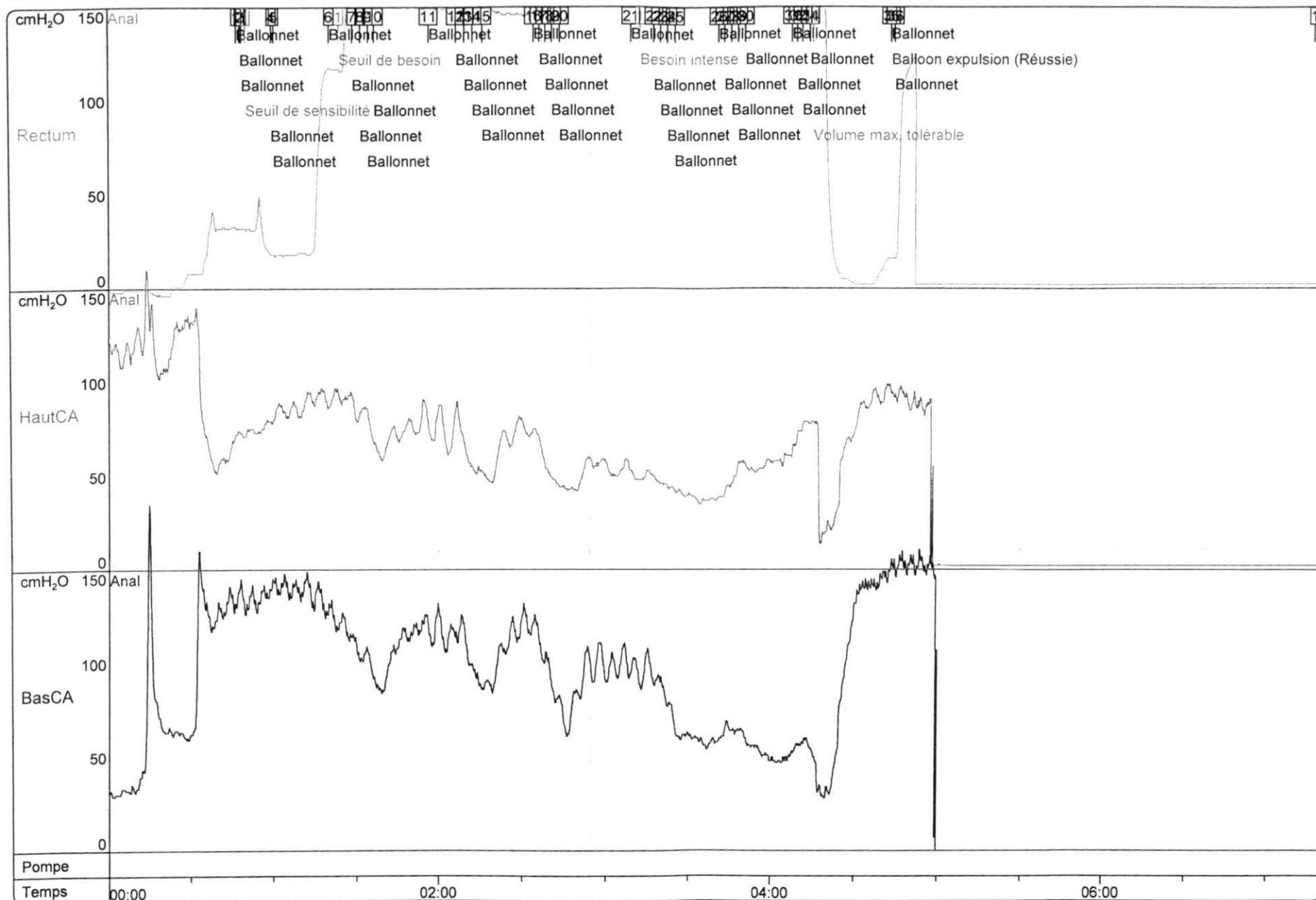
Abdellaoui, Hamdoune

Sexe: Masculin
Date de naissance: 01/01/1953

Dossier N°:
Date d'examen: 06/09/2022

N° d'examen: 02
Clinique privée: Polyclinique Atlas

Docteur:
Adressé par: dr slaoui



Manométrie ano-rectale

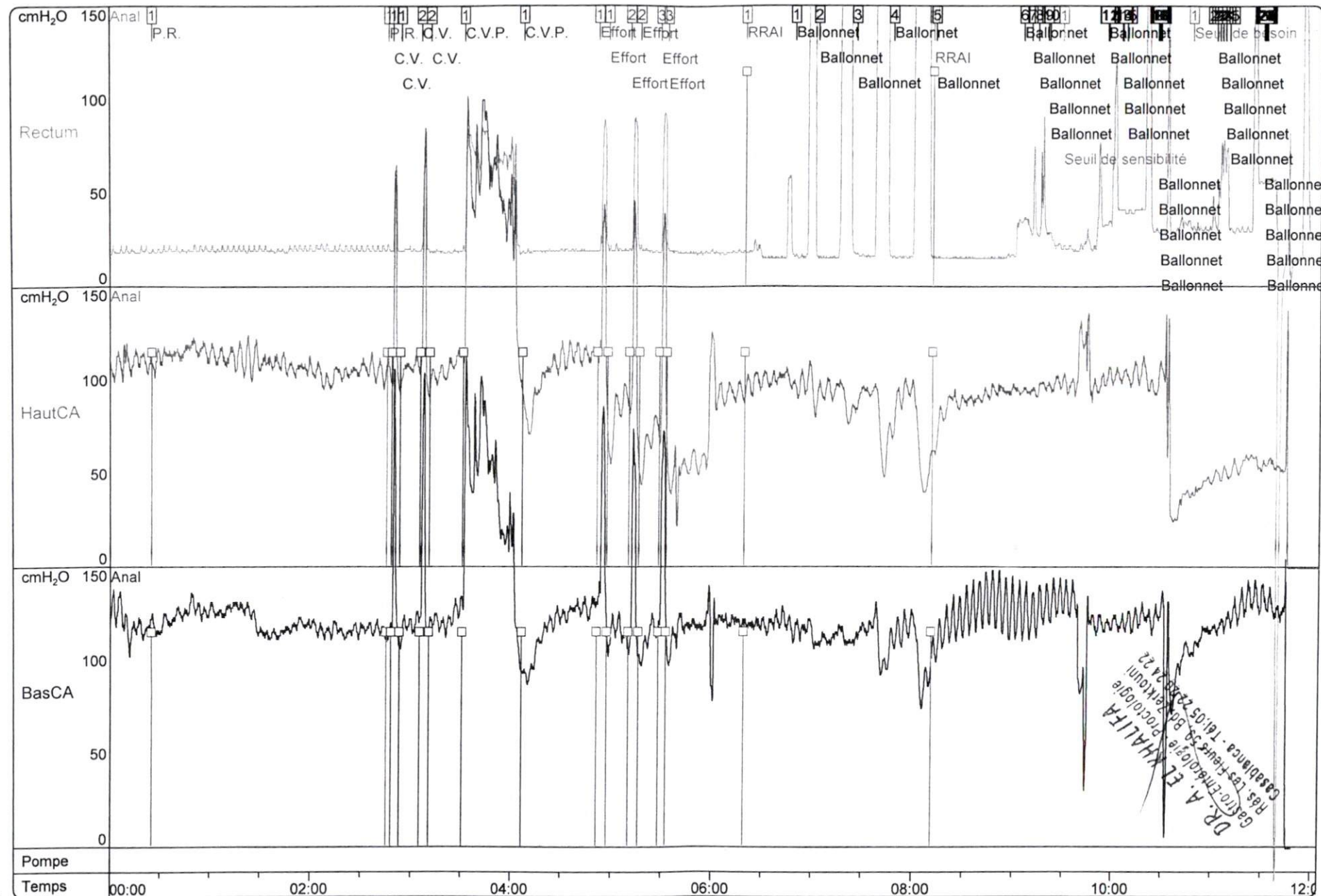
Abdellaoui, Hamdoune

Sexe: Masculin
Date de naissance: 01/01/1953

Dossier N°:
Date d'examen: 06/09/2022

N° d'examen: 01
Clinique privée: Polyclinique Atlas

Docteur:
Adressé par: dr slaoui



Manométrie ano-rectale

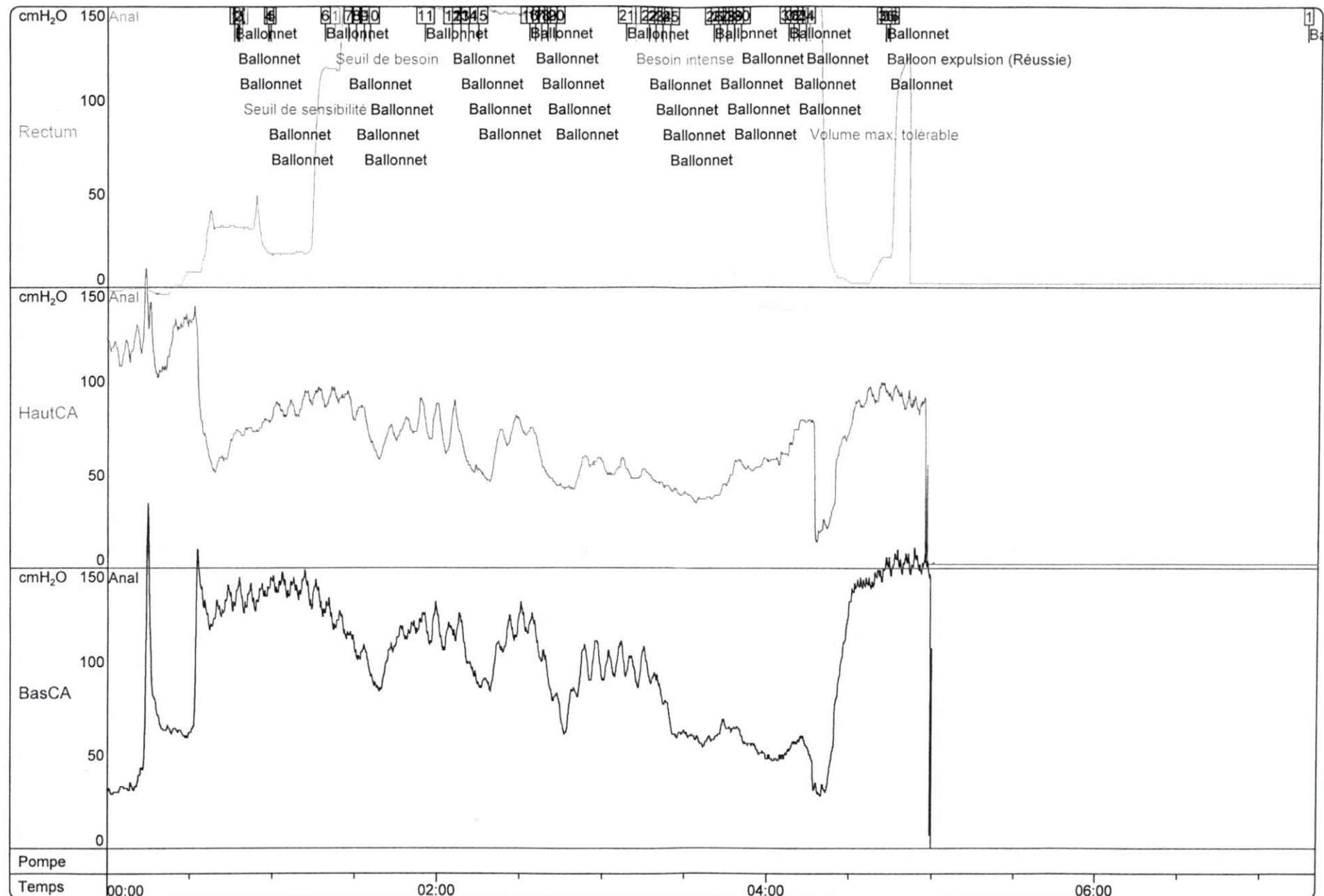
Abdellaoui, Hamdoun

Sexe: Masculin
Date de naissance: 01/01/1953

Dossier N°:
Date d'examen: 06/09/2022

N° d'examen: 02
Clinique privée: Polyclinique Atlas

Docteur:
Adressé par: dr slaoui



PHARMACIE SUP'ANFA
DR MOUNA CHABACH
RT AZEMMOUR ANFA SUPERIEUR CASABLAN

Patente N°: 35604802
N° R.C. : RC 254350
Compte :
CNSS :
Id.Fiscale : 40606476
ICE : 001835298000083

Tél : 022950116

Le : 05/09/2022

mr hamdoune abdellaoui

FACTURE : 10675 du : 05/09/2022

| Qté | Désignation | Prix PPV | Montant | TVA |
|------------------|-------------|----------|---------|--------|
| 1 | ZETALAX SUP | 84,50 | 84,50 | 20,00% |
| Total TTC | | | 84.50 | |
| Droits de timbre | | | 0.00 | |
| Net à payer | | | 84.50 | |

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE-VINGT QUATRE DIRHAMS ET CINQUANTE CTS

| | Taux | HT | TVA | TTC |
|--------|-------|-------|-------|-------|
| 20.00% | 20,00 | 70,42 | 14,08 | 84,50 |
| | | 70,42 | 14,08 | 84,50 |

مستشفى أنفا العليا
PHARMACIE SUP'ANFA
Dr Mouna CHABACH PHA
Rte d'Azemmour, Anfa Supérieur
Tél: 05 22 95 01 16



مصحة أطلس
POLYCLINIQUE ATLAS

POLYCLINIQUE ATLAS

MULTIDISCIPLINAIRE

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° 4 142 / 2022 du 06/09/2022

| | | | |
|-----------------|---------------------|----------------------|----------------------|
| Nom patient | ABDELLAOUI HAMDOUNE | Entrée 06/09/2022 | Sortie 06/09/2022 |
| Prise en charge | PAYANT | | |

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|---|--------|------------|---------------|----------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| SOND AR | 1,00 | | 720,00 | 720,00 |
| MANOMETRIE ANORECTALE | 1,00 | | 1 100,00 | 1 100,00 |
| | | | Sous-Total | 1 820,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 1 820,00 |
| PRESTATIONS EXTERNES | | | | |
| DR. EL KHALIFA ASMAA (ganstro enterolo) | 1,00 | V2 | 900,00 | 900,00 |
| | | | Sous-Total | 900,00 |
| Total prestations externes | | | | 900,00 |

| | | |
|---|---------------|----------|
| | Total général | 2 720,00 |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE SEPT CENT VINGT DIRHAMS | | |

| | | | | | | |
|---------------|---------------------|--|--|--|----------------------------|---------------|
| Encaissements | Espèces 2 720,00 | | | | Total encaissé 2 720,00 | Solde 0,00 |
|---------------|---------------------|--|--|--|----------------------------|---------------|

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

Le : 06/09/2022

Références

4 142 / PAYANT

Entrée / Sortie : 06/09/2022 - 06/09/2022

Le Dr. EL KHALIFA ASMAA

présente à Mr ABDELLAOUI HAMDOUNE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
900,00 Dhs NEUF CENTS DIRHAMS

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

DR. A. EL KHALIFA
Gastro-Entérologie - Proctologie
Rés. Les Fleurs 59, Bd. Zerktouni
Casablanca - Tél: 05 22 20 24 22

27, Rue Jean Jaurès
Tél: 05 22 27 94 94 - Fax: 05 22 27 90 00
Casablanca

ACCUEIL
Polyclinique Atlas

Cachet et signature