

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.

M22- 0036731

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Brise

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4214 Société : R.A.Q.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ABDELLAOUI HANOUNE

Date de naissance : 14/53

Adresse : villa 72 lot fin Didi 11 An Drab
Casablanca

Tél. : 0662780571 Total des frais engagés : 14915,00 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : Casablanca le 20/11/12 Le : / /

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
		Comp. / C.F.E	Monte 214 / NUPPAS/21	
			Total 495,00 DH (en euros) 324,46 euros	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

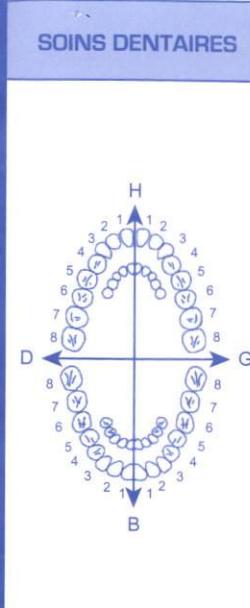
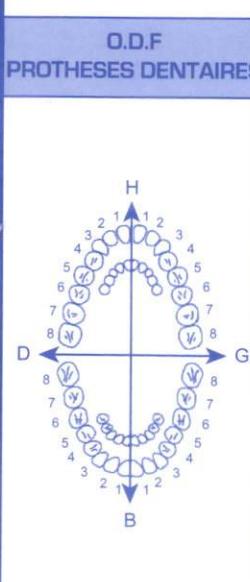
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000														
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Date du devis												
				Date de l'exécution												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca, le ١٤ آب ٢٠٢٢ الدار البيضاء، في

Cher ami

Merci de voir en CPA Mr ABDELLAOUI HAMDOUNE DNID HTA candidat
A une coloscopie

Dr SLAOUI MED

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 08-08-2022

Facture N° 04925/22

A. Identification

N° Dossier : CLC22H08104220

N° Identifiant : 016400/22

Nom & Prénom : M. ABDELLAOUI HAMDOUNE

C.I.N : A104321

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

Date Entrée : 08-08-2022

Date Sortie : 08-08-2022

Traitemet : CPA

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CPA+ECG		400,00			400,00
Total Rubrique :						
0,00						
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						TOTAL GENERAL
						400,00

QUATRE CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

4, Boulevard Ghandi Casablanca
Clinique Longchamps
052 07 01 . Fax: 052 94 89 32
E-mail : direction@cliniquelongchamps.ma - Site Web : www.cliniquelongchamps.ma IF : 20765943 - ICE : 001913765000051 - INPE : 090063264
RIB : 225780024607938651011642

08.08.2022 11:14:44

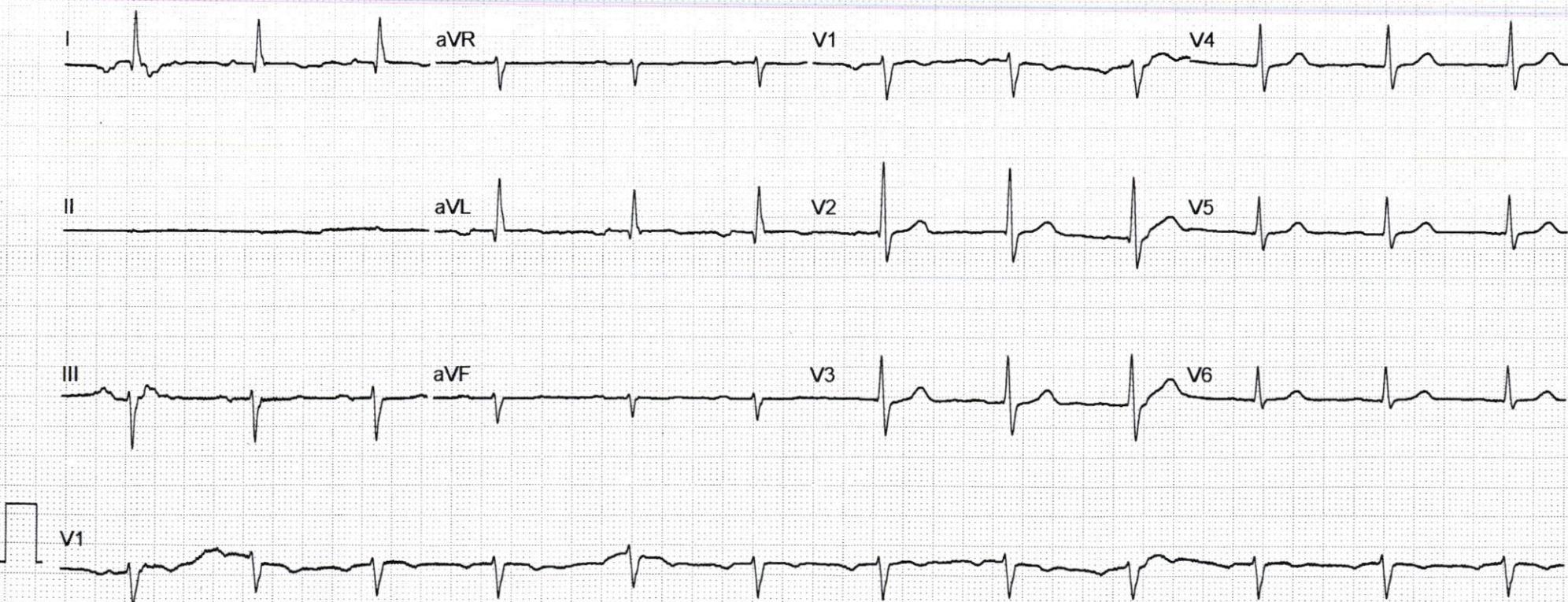
Localité:
Chambre:
Numéro d'ordre:
Indication:
Médicament 1:
Médicament 2:
Médicament 3:

72 /min
- / - mmHg

QRS : 94 ms
QT / QTc Baz : 388 / 424 ms
PQ : - ms
P : - ms
RR/PP : 830 / 833 ms
P/QRS/T : - / -28 / -19 degrés

Rythme sinusal normal
Anomalie non spécifique de l'onde T
ECG abnormal

Utilisat.:
Méd. requérant:
Méd. référant:
Méd. soignant:



Non validé



Casablanca, le

الدار البيضاء، في

11/08/2022

ABDELLAOUI Hamdoune

XIMEPEG POUDRE

2 sachets A et 2 sachets B dissous dans 1 litre d'eau et bus sur 1h30; à raison de 2 verres (250ml) toutes les 15 minutes; **la veille de la coloscopie à partir de 19h**
Après une pause d'1 heure, 2 sachets A et 2 sachets B dissous dans 1 litre d'eau et bus de la même manière
Minimum 1 litre de liquide clair supplémentaire doit être bu après le lavement intestinal

Aucune nourriture solide à compter du début du traitement

*Dr. Mohamed Slaoui
Spécialiste en Hépato - Gastro - Entérologie
5, Place de la Résidence
27000 Casablanca
Tél: 05 22 23 78 83 | 06 98 97 17 18 | Tél. Fax: 05 22 25 99 87 | Urgence: slaoimed.doc@gmail.com | Clinique Longchamps
Arret TRAM: Ligne 1 WAFASALAF*

Dr. MOHAMED SLAOUI
5, Place de la Résidence
27000 Casablanca
Tél: 05 22 23 78 83 | 06 98 97 17 18 | Tél. Fax: 05 22 25 99 87 | Urgence: slaoimed.doc@gmail.com | Clinique Longchamps
Arret TRAM: Ligne 1 WAFASALAF

feuille de soins
pharmacien ou fournisseur

numéro de facture (facultatif)

645782

date

12082022

PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURE(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" est obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom

HAMDOUNE Abdellaoui

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

1 5 3 5 2 9 9 3 5 0 7 4 7 7 6

date de naissance

0 1 0 1 1 9 5 3 1

ASSURE(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom

(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURE(E)

résidé au maroc 27000 EVREUX

IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

IDENTIFICATION de la STRUCTURE

code de l'organisme de rattachement
en cas de dispense d'avance des frais
(à remplir par le pharmacien ou
le fournisseur)

identifiant

dispositif de coordination
de soins - réseau de santé

IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom MEDECIN PASSAGE

raison sociale

identifiant

n° de la structure
(AM, FINES ou SIRET)

271999104

CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 12082022

date de l'accord préalable (le cas échéant)

XX MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1
(cf. la notice au verso : § précédé de "*" et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole ALD

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non

XX

oui

date

AT/MP

numéro

ou

date

PRODUITS et PRESTATIONS DELIVRES

tarification détaillée

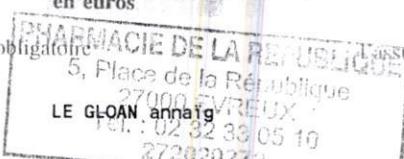
Prest CIP/Ref.LPP(Ut)	Homeo Decon- c.lab	Qte dition.	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes Mod. utili.	Indic. presc Subst.	Date debut loc	Date fin loc
PH7 3400930081457		1	7,39	7,39	XIMEPEG Pdr sbuv Saché				
HD7		1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7				
HDR		1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR				

PAIEMENT

8 , 9 2

l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien
ou du fournisseursignature de
l'assuré(e)impossibilité
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de peines financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale). Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 24-08-2022

Facture N° 05182/22

A. Identification

N° Dossier : CLC22H24080135

N° Identifiant : 016400/22

Nom & Prénom : M. ABDELLAOUI HAMDOUNE

C.I.N : A104321

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 24-08-2022

Date Sortie : 24-08-2022

Traitements : FIBRO+ COLO

Médecin traitant : DR . SLAOUI MOHAMED

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	PINCE		150,00			150,00
1	FIBROSCOPIE+COLONOSCOPIE		3 300,00			3 300,00
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
						TOTAL GENERAL
						3 450,00

TROIS MILLE QUATRE CENT CINQUANTE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

Clinique Longchamps
34, Boulevard Ghandi Longchamps
CASABLANCA
Tél: 0522 04 07 07, Fax: 0522 04 89 39
Ⓐ

CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE LONGCHAMPS**BULLETIN D'ENTREE / SORTIE****N° DE DOSSIER** CLC22H24080135**NOM DU PATIENT** M. ABDELLAOUI HAMDOUNE**MÉDECIN TRAITANT** SLAOUI MOHAMED**DATE D'ENTREE** 24/08/2022**DATE DE SORTIE** 24/08/2022**MODE DE SORTIE** normal

Clinique Longchamps
34, Boulevard Charles Longchamps
CASABLANCA (A)
Tél: 0522 04 07 07 - Fax: 0522 94 89 30



AKDITAL

Clinique Longchamps
مصحة لونشamps

24/08/2022

Compte-Rendu de Coloscopie

ABDELLAOUI Hamdoune

Indication

POLYPE SIGMOIDIEN VERS 45 cm EN COLOSCOPIE VIRTUELLE
TROUBLES DU TRANSIT

Examen

CONDITIONS TECHNIQUES: Le matériel d'endoscopie a été nettoyé après double brossage par un détergeant alcalin pendant 10 minutes, puis décontaminé par un bain d'acide per acétique pendant 20minutes. Le petit matériel (pinces à biopsies, anses,...) est à usage unique;

Aucun dérivé sanguin n'a été administré pendant cet examen.
Machine Olympus

PREPARATION: Préparation colique au XIMEPEG de qualité moyenne. La qualité de l'exploration est bonne , la tolérance est excellente.

ANESTHESIE: Narco-analgésie, ventilation spontanée CLINIQUE LONGCHAMPS, Dr KAIY
Enregistrement DVD de l'exploration

PREPARATION: Préparation colique au FORTRANS de bonne qualité . La qualité de l'exploration est bonne , la tolérance est excellente.

Progression facile du coloscope jusqu'au bas fond caecal, sur un colon moyennement préparé .. long et tortueux++(BOSTON 2+3+2:7), Le temps de retrait a dépassé 6 minutes

CAECUM: Normal

COLON DROIT: Normal

COLO TRANSVERSE: Normal

COLON GAUCHE: Normal

COLON SIGMOIDE: Normal, Pas de polypes

RECTUM: Normal.

Conclusion

1. COLONOSCOPIE TOTALE NORMALE SUR UN DOLICHOCOLON+++
2. PAS DE POLYPS SUR TOUTE LA HAUTEUR DU COLON
3. A COMPLETER PAR UNE MANOMETRIE ANORECTALE



AKDITAL

Clinique Longchamps
مصحة لونشamps

24/08/2022

Compte-rendu de Fibroscopie Digestive Haute

ABDELLAOUI Hamdoune

Indication

TROUBLES DU TRANSIT

Examen

CONDITIONS TECHNIQUES: Le matériel d'endoscopie a été nettoyé après double brossage par un détergent alcalin pendant 10 minutes, puis décontaminé par un bain d'acide per acétique pendant 20 minutes. Le petit matériel (pinces à biopsies, anses, ...) est à usage unique, conformément aux recommandations de la SNFGE. Aucun dérivé sanguin n'a été administré pendant cet examen. L'examen est pratiqué par une vidéo-endoscopie OLYMPUS, diamètre 7,9mm

TOLERANCE : EXCELLENTE, EXAMEN PRATIQUE SOUS NARCO ANALGESIE , Dr KAY,
CLINIQUE LONGCHAMPS,

CARDIA : CARDIA ANATOMIQUE à 44 cm des AD, se fermant bien lors des mouvements respiratoires, sans véritable hernie hiatale , le CARDIA MUQUEUX (ligne Z) est en situation normal;

ŒSOPHAGE : La muqueuse œsophagienne est lisse sur toute sa hauteur, il n'y a pas d'œsophagite;

ESTOMAC : Lac muqueux clair, peu abondant;

FUNDUS : Les plis du fundus paraissent éffacés partiellement et la muqueuse atrophique, biopsies fundiques faites (Biermer??) pot 3

ANTRE : L'ogive antrale est lisse, la muqueuse est très congestive, inflammatoire non ulcérée

On note également une formation nodulaire de 10mm faiblement surelevée , sur laquelle de nombreuses biopsies sont faites(pot1)

on pratique également des biopsies à deux centimètres du pylore, à la recherche d'HELICOBACTER PYLORI (pot2); l'angulus, les faces et les courbures gastriques sont normaux aussi bien en vision directe qu'en rétrospection ;

PYLORE : Régulier, centré, franchi ;

BULBE : La muqueuse bulbaire est normale

DUODENUM : On progresse jusqu'à DII, les plis duodénaux paraissent normaux, la muqueuse duodénale est d'aspect granité, avec des dépôts blanchâtres évoquant une giardiasis(pot 2), la papille explorée en vision axiale est d'aspect endoscopique normal , biopsies systématiques à la recherche de giardia intestinalis

Conclusion

1. GASTRITE ANTRALE TRES INFLAMMATOIRE, CONGESTIVE

2. BIOPSIES ANTRALES A LA RECHERCHE D'HELICOBACTER PYLORI

3. NODULE ANTRALE CENTIMÉTRIQUE, QU'IN BIOPSIES

4. PLIS ET MUQUEUSE FUNDIQUES D'ASPECT ATROPHIQUE, BIOPSIES FAITES

4. DUODENITE GRANITÉE AVEC DÉPÔTS BLANCHÂTRES, BIOPSIES DUODÉNALES A LA RECHERCHE DE GIARDIA INTESTINALIS

4. FIBROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODENALE NORMALE PAR AILLEURS.

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. BENKIRAN Leïla ICE 001689609000045

14, bd Ain Taoujitate, N°18, 2ème étage. Bourgogne
Tél : 022278548 Fax : 022278564

Patente 35615070 IF28823881

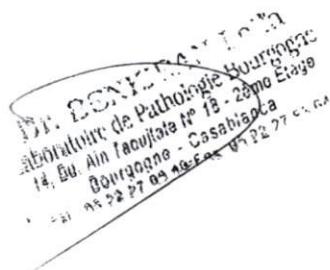
F A C T U R E

N° : 2208241348
Du : 24/08/2022

Nom patient : M. ABDELLAOUI HAMDOUN

Examens	Cotation(P)	Prix Dhs
BIOPSIE MULTIPLE (3 FLACONS ET PLUS)	727	800,00
	Total	800,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
HUIT CENTS DIRHAMS





LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance M. ABDELLAOUI HAMDOU
Né le : 01/01/1953

Nom et prénom

CLC22H24080135

Mr Mme Mlle ENF

Age :

Référence :

Siège et nature du prélèvement :

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin Exocol Endocol Endomètre

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels : *Prostate progride 1 Grado 1/2*

Renseignements cliniques et paracliniques : *Acte : ts gylet HP 1/2*

Nodeles aptes de la procto : Adeno 1/2
peut l'appel de la procto 3

Radiographies :

Date : Signature :

14. شارع عين توجطاط - الطابق الثاني - رقم 18 - بوركين - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.27.85.48 - الفاكس : 0522.27.85.64
14, Bd Ain Taoujte - 2^e étage - N° 18 - Bourgogne - Casablanca - Tél. : 0522.27.85.48 - Fax : 0522.27.85.64



مختبر تشريح الخلايا والأنسجة بوركون

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

Nom et prénom : M. ABDELLAOUI
HAMDOUN

Age : 69 ans

Prescripteur : Dr. SLAOUI MOHAMED

N° Anapath : 2208241348

Date réception : 24/08/2022

Nature du prélèvement : 1- nodule antral. 2- biopsies gastriques et duodénales. 3- biopsies fundiques

Renseignements cliniques : duodénite saupoudrée : giardia ? Antrum : très congestif. HP ? II. Nodule antral de 10 mm surélevé : adénome ? I. fundus d'aspect atrophique. III.

Casablanca, le 29/08/2022

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

I/ Nodule antral :

Reçu 3 fragments biopsiques d'une muqueuse antrale, mesurant 1 à 3 mm de grand axe, examinés sur des plans de coupe étagés.

Le volume glandulaire global est conservé.

Les structures épithéliales de surface sont le siège, de lésions de métaplasie intestinale focale, sans lésion dysplasique associée.

Le chorion fibreux abrite un infiltrat inflammatoire d'intensité légère à modérée, polymorphe, composé essentiellement de lymphocytes et de plasmocytes associés à de rares neutrophiles. Il n'a pas été vu d'exocytose à polynucléaires au sein du revêtement des glandes.

La coloration du Giemsa montre la présence de rares HP (+) au sein du film muqueux de surface et dans le fond des cryptes.

Absence d'individualisation de structure polypoïde.

CONCLUSION :

Gastrite chronique antrale, légère à modérée, non atrophique et discrètement active, avec métaplasie intestinale minime (+), sans dysplasie associée, avec HP rares (+).

Absence d'individualisation de structure polypoïde.

II/ Biopsies gastriques et duodénales :

L'examen histologique a porté sur 3 fragments biopsiques d'une muqueuse antrale et 4 fragments biopsiques d'une muqueuse duodénale, mesurant 1 à 3 mm, examinés sur des niveaux de coupes étagés.

La muqueuse antrale montre un volume glandulaire global conservé.

Les structures épithéliales de surface et glandulaires sont normosécrétantes et bien différenciées, sans lésion dysplasique ou métaplasique.

Le chorion fibreux abrite un infiltrat inflammatoire d'intensité légère à modérée, fait de lymphocytes et de plasmocytes matures.



مختبر تشريح الخلايا والأنسجة بوركون

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

La coloration du Giemsa ne met pas en évidence la présence d'*Hélicobacter pylori*.

La muqueuse duodénale montre un relief villositaire préservé.

Les structures épithéliales de surface et glandulaire sont normosécrétantes et bien différenciées. Il n'est pas retrouvé de lymphocytose intraépithéliale.

Le chorion est congestif et ponctué d'un discret infiltrat inflammatoire mononucléé lymphoplasmocytaire.

La sous muqueuse abrite des glandes de Brünner.

Absence d'individualisation de giardia lamblia au sein du film muqueux de surface.

CONCLUSION :

- **Gastrite chronique antrale légère à modérée, non atrophique, et non active sans lésion dysplasique ou métaplasique.**
- **HP absent.**
- **Discrète duodénite interstitielle chronique non spécifique.**
- **Absence d'atrophie villositaire.**
- **Absence de giardiase.**

III/ Biopsies fundiques :

L'examen histologique a porté sur 3 fragments biopsiques mesurant 1 à 2 mm.

Absence d'individualisation de muqueuse de type fundique (métaplasie antrale au niveau du fundus ? à confronter aux données de l'endoscopie avec siège exact des biopsies).

Un fragment de type antral est marqué par des lésions de métaplasie intestinale retrouvée à la fois au niveau de revêtement de surface d'aspect pseudo-villositaire, et au niveau des glandes sous-jacentes (métaplasie intestinale estimé à 10 %). A ce niveau, le chorion fibro-congestif est parsemé d'un infiltrat inflammatoire d'intensité modérée, associant des lymphocytes, des plasmocytes, et des polynucléaires éosinophiles. Absence de signe d'activité. Absence de dysplasie associée.

Deux autres fragments montrent une muqueuse toujours de type antral, modérément inflammatoire siège d'une atrophie modérée, avec raréfaction du volume glandulaire global. Le chorion est ponctué par un infiltrat inflammatoire modéré, associant des lymphocytes et des plasmocytes. Absence de signe d'activité. Absence de dysplasie associée. Pas de métaplasie intestinale à ce niveau.

La coloration spéciale du Giemsa ne retrouve pas d'*Hélicobacter pylori* au sein du film muqueux de surface et dans le fond des cryptes.

Absence d'hyperplasie des cellules entérochromaffine-like (ECL).



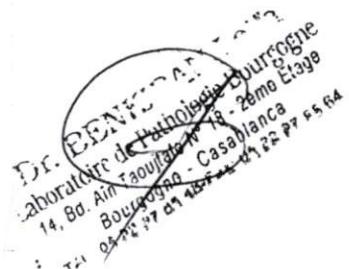
مختبر تشريح الخلايا والأنسجة بوركين LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

CONCLUSION :

- Muqueuse de type antrale (métaplasie antrale et intestinale du fundus au vu du siège des biopsies ?), montrant des lésions de gastrite chronique fundique modérée, modérément atrophique et non active, avec métaplasie intestinale évaluée à 10% (++) , sans dysplasie associée et sans HP.
- Absence d'hyperplasie des ECL
- Eliminer une gastrite atrophique autoimmune : anémie macrocytaire ? anticorps anti FI ? dosage de la vitamine B12 ?).

Dr Benkiran Leïla



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

Tél : 022950116

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

Le : 26/08/2022

mr abdellaoui hamdou

FACTURE : 10356 du : 26/08/2022

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
2	HEMOFAST SUPPO B6	14,50	29,00	7,00%
1	INEXIUM 40MG / 14CPS	123,60	123,60	7,00%
1	MEGASFON 160MG	58,30	58,30	7,00%
Total TTC		210.90		
Droits de timbre		0.00		
Net à payer		210.90		

Arrêtée la présente facture à la somme de : **DEUX CENT DIX DIRHAMS ET QUATRE-VINGT DIX CTS**

	Taux	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	197,10	13,80	210,90
		197,10	13,80	210,90

Mr. abdellaoui hamdou
PHARMACIE SUP'ANFA
DR MOUNA CHABACH PHA
RT AZEMMOUR ANFA SUPERIEUR
Tél: 0522-95-01-16
ICE: 001835298000083



AKDITAL

Clinique longchamps
مصحة لونشون

M. ABDELLAOUI HAMDOU
Né le : 01/01/1953

A standard linear barcode is located at the bottom of the page, positioned above the journal title and below the page number.

CLC22H24080135

CLC22H24080135

Casablanca, le

26/8/22

193.6 0

→ Intuition way u 

SV

11. ludūi

$$x - 15 \cancel{x}$$

58.35

"") Season (6044

31

$$\begin{array}{r} 100 \times 31 \\ 50 \times 2 \\ \hline \end{array}$$

$\times 3$ j

1h. 50' x 2' 0)
" Hemlock knees

"Hemp"

45

210.90

4, Bd. Ghandi, Casablanca 20250
Tél. : 05 22 97 94 94 - Fax : 05 22 94 89 39
E-mail : direction@cliniquelongchamps.ma
Site web : www.cliniquelongchamps.ma

~~PHARMACEUTICALS SPANISH PHARMACEUTICALS
D. Mazzoni Ried Azzemino (VI) Tel. 0522/950118
ICE:00183529000083~~



Caisse des Français de l'Étranger

160 RUE DES MEUNIERS
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 01/09/2022

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 08/08/2022 08/08/2022 11/08/2022 12/08/2022 TOTAL DU DECOMpte	(100%) ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE ETR : PHARMACIE REFERENCE : 20220901I01038 -E	38,10 8,82	25,00		1 1	25,00 8,82	100 100	25,00 8,82 33,82
Montant total payé en Euros								33,82	

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 : 20220901I01038

Destinataire : MR OU MME BRICE ABDELLAOUI

Mode : Virement SEPA

Compte : FR56 3000 2083 3400 0002 6827 D48

Nom : ABDELLAOUI
Prénom : HAMDOUNE



Caisse des Français de l'Étranger

160 RUE DES MEUNIERS
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 16/11/2022

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 24/08/2022 24/08/2022	(100%) ETR : HOSPITALISATION REFERENCE : 20221116137028 -E	404,10			1	404,10	67	270,75 270,75
Montant total payé en Euros									270,75

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

No Nom : ABDELLAOUI
Préno Prénom : HAMDOUNE

Règlement Référence : 20221116137028
Destinataire : MR OU MME BRICE ABDELLAOUI

Mode : Virement SEPA
Compte : FR56 3000 2083 3400 0002 6827 D48

**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 :** **PRENOM :** **DATE DE NAISSANCE :** | ____/____/____ |

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

10/08/22

300

CARDIOLOGIE

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

02/08/22

102

ACTE(S) D'IMAGERIE

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

10/08/22

.....

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

Date de la prescription : | ____/____/____ |

Traitement dispensé du | ____/____/____ | au | ____/____/____ |

Nombre de séances dispensées :

Description du traitement :

ANALYSES DE LABORATOIRE

Date de la prescription : 24/08/22

Date d'exécution : 30/08/22

800.DH

Date de la prescription : | ____/____/____ |

Date d'exécution : | ____/____/____ |

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription : 24/08/22

Date de délivrance : 26/08/22

210,90

Date de la prescription : | ____/____/____ |

Date de délivrance : | ____/____/____ |

.....

Date de la prescription : 24/08/22

Date de délivrance : 26/08/22

892 euros

Date de la prescription : | ____/____/____ |

Date de délivrance : | ____/____/____ |

1

Date de la prescription : | ____/____/____ |

Date de délivrance : | ____/____/____ |

Noir

AUTRES FRAIS DE SANTÉ

Description des frais facturés :

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) : 1115315219913501747176

NOM (en capitales) : Abdelhakim

Date de naissance : 01/01/1953

Prénom : Abdelhakim

Pays où ont été dispensés les soins : Tunisie

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

NOM (en capitales) : Date de naissance : 11/11/11/11

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

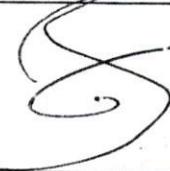
Les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habituelles.

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