

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- 0036731

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4214 Société : R.A.M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDELLAOUI HANDOUNE

Date de naissance : 1953

Adresse : villa 72 lot Ain Dichti Ain Drah

Tél. : 066280571 Total des frais engagés : 495,00 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 :

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 lu et compris la connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca le 20/11/22 Le : / /

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
		Comp / C.F.E	Total 4915,00 DH (cent cinquante et un euros)	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

# 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

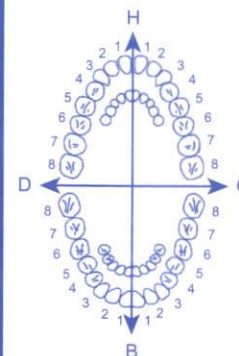
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

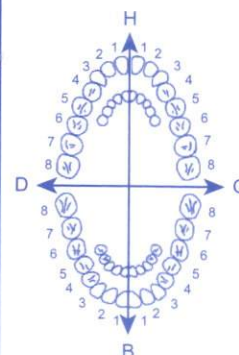
FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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



Casablanca, le ..... في 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 :

## D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 08-08-2022

Date Sortie : 08-08-2022

Médecin traitant : DR . BENAQQA ANAS

Traitement : CPA

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CPA+ECG		400,00			400,00
Total Rubrique :						400,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						0,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						0,00
<b>TOTAL GENERAL</b>						400,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

*(Signature)*  
Clinique Longchamps  
4, Boulevard Ghandi, Casablanca  
Tél: 0522 04 07 07 - Fax: 0522 94 89 39



08.08.2022 11:14:44

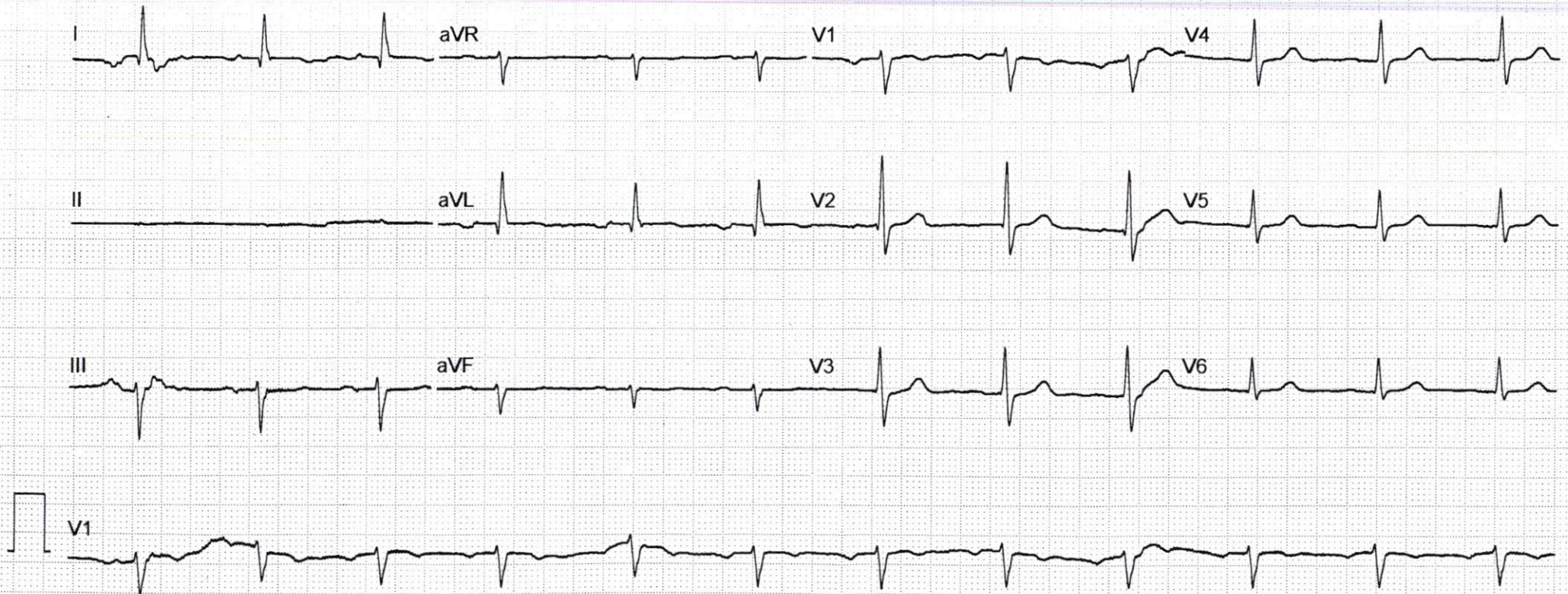
Localité:  
Chambre:  
Numéro d'ordre:  
Indication:  
Médicament 1:  
Médicament 2:  
Médicament 3:

72 /min  
- / - mmHg

QRS : 94 ms  
QT / QTcBaz : 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 anormal

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







Casablanca, le

الدار البيضاء, في

11/08/2022

**ABDELLAOUI Hamdoune**

**XIMEPEG POUDRE**

*2sachets 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 1litre de liquide clair supplémentaire doit etre bu après le lavement intestinal*

*Aucune nourriture solide à compter du début du traitement*

28 08 2022  
Soumaya  
Hamdoune  
27000 Casablanca  
Tél : 05 22 23 78 83  
Fax : 05 22 25 99 87

ABDELLAOUI Hamdoune  
5, Place de la Liberté  
27000 Casablanca  
Tél : 05 22 23 78 83  
Fax : 05 22 25 99 87



réduire la prescription  
et le coût du médicament

N° 11389\*05

# feuille de soins pharmacien ou fournisseur

Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 212-1 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre

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)

reside au maroc 27000 EVREUX

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

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE



PHARMACIEN REMPLACANT 05 10  
272020272

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, FINESS 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 A.L.D.

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 dition.	Qte	PU	Mt Fact	Libelle	Nb btes utili.	Mod. presc	Indic. Subst.	Date debut	Date fin loc
PH7	3400930081457		1	7,39	7,39	XIMEPEG Pdr sbuv Sache					
HD7			1	1,02	1,02	Honor. dispens. HD7					
HDR			1	0,51	0,51	Honor. dispens. HDR					

## PAIEMENT

MONTANT TOTAL  
en euros

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 fournisseur



signature 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.

IMF COSTE AUBENAS

FSPHF 10-2014 S3115h

# 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

Médecin traitant : DR. SLAOUI MOHAMED

Traitement : FIBRO+ COLO

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>INTERVENTION</b>						
1	PINCE		150,00			150,00
1	FIBROSCOPIE+COLONOSCOPIE		3 300,00			3 300,00
Total Rubrique :						3 450,00
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						3 450,00
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						<b>TOTAL GENERAL</b>
						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  
94, 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 Châle Longchamps  
CASABLANCA  
Tél: 0522 04 07 07 - Fax: 0522 94 89 31



AKDITAL

Clinique Longchamps  
مصحة لونشون

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 20 minutes. 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 FORTTRANS 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 POLYPES SUR TOUTE LA HAUTEUR DU COLON
3. A COMPLETER PAR UNE MANOMETRIE ANORECTALE

Stamp: 24/08/2022, 14h 15, Dr KAIY, Clinique Longchamps





AKDITAL

Clinique Longchamps  
مصحة لونغشون

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 détergeant 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 effacés 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 (pot 1)**

on pratique également des biopsies à deux centimètres du pylore, à la recherche d'HELICOBACTER PYLORI (pot 2); l'angulus, les faces et les courbures gastriques sont normaux aussi bien en vision directe qu'en retrovision ;

**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 giardiase (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 GRANITEE AVEC DEPOTS BLANCHÂTRES, BIOPSIES DUODÉNALES A LA RECHERCHE DE GIARDIA INTESTINALIS**

4 **FIBROSCOPIE OESO-GASTRO-DUODÉNALE NORMALE PAR AILLEURS.**

# LABORATOIRE DE PATHOLOGIE BOURGOGNE

Dr. BENKIRAN Leïla ICE 001689609000045

14, bd Ain Taoujtate, 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**

Dr. BENKIRAN Leïla  
Laboratoire de Pathologie Bourgogne  
14, Bd. Ain Taoujtate N° 18 - 2ème Etage  
Bourgogne - Casablanca  
Tél : 05 22 27 05 48 Fax : 05 22 27 05 64





# 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 : .....

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

*Modèle aptère de l'ovaire : Gravidité 11*  
*Antécédents : les gynéc. 11/12*  
*Recherches d'apicet : Adénocarcinome 11/12*  
*Recherches d'apicet : Adénocarcinome 11/12*

Radiographies : .....

Date : ..... Signature : .....

14, Bd Aïn Taoujtate - 2<sup>e</sup> étage - N° 18 - Bourgogne - Casablanca - Tél. : 0522.27.85.48 - Fax : 0522.27.85.64  
0522.27.85.64 : الفاكس - 0522.27.85.48 : الهاتف - الدار البيضاء - رقم 18 - بوركون - الطابق الثاني - شارع عين توجطات



# 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 ? Antre : 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 BOURGOIGNE

Dr. Leïla BENKIRAN

La coloration du Giemsa ne met pas en évidence la présence d'*Helicobacter 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 d'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'*Helicobacter 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 بوركون 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

Dr. BENKIRAN Leïla  
Laboratoire de Pathologie Bourgogne  
14, Bd. Aïn Taoujtate - N° 18 - 2ème Etage  
Bourgogne - Casablanca  
Tél : 0522.27.85.48 - 0522.27.85.64



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%
		<b>Total TTC</b>	<b>210,90</b>	
		Droits de timbre	0,00	
		<b>Net à payer</b>	<b>210,90</b>	

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
		<b>197,10</b>	<b>13,80</b>	<b>210,90</b>

PHARMACIE SUP'ANFA  
DR MOUNA CHABACH PHA  
Rte. d'Azemmour Anfa Supérieur  
Tél: 0522 95 01 16  
ICE: 001835298000083



AKDITAL

Clinique longchamps  
مصحة لونشون

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



CLC22H24080135

Casablanca, le 24/8/22

123.60

→ W3HUM uoy u (SV)

1/1 lundini x 15j

58.30

→ W3HUM (6044) (SV)

10 x 3/1 x 3j

1h.50 x 2

→ Hemofat lueus (SV)

1 appelt 2x1j x 6j

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

PHARMACEUTIQUE ANFA  
DR. Mouna CHAKH PHA  
Rte d'Azzemour  
Tél: 05 22 95 01 15  
ICE: 001835296000a.3





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 01/09/2022

## AVIS DE REGLEMENT

Page 1

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Éléments de calcul					Montant du remboursement
				Prix unitaire	Coeff.	Nbre	Base de rembt	Taux	
1	ASSURE : HAMDOUNE - Maladie (100%) 08/08/2022 08/08/2022 11/08/2022 12/08/2022 TOTAL DU DECOMPTE	ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE ETR : PHARMACIE REFERENCE : 20220901101038 -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 : 20220901101038

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 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 16/11/2022

## AVIS DE REGLEMENT

Page 1

N°	N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Eléments de calcul					Montant du remboursement
					Prix unitaire	Coeff.	Nbre	Base de rembt	Taux	
	1	ASSURE : HAMDOUNE - Maladie 24/08/2022 24/08/2022 TOTAL DU DECOMPTE	(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 N° de Sécurité Sociale : 1 53 52 99 350 747 76

### Règlement

Référence : 20221116137028

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 : ..... 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

08/10/22

300,00

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

24/08/22

3450,00

**CARDIOLOGIE**

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

08/10/22

100,00

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ACTES D'IMAGERIE**

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

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**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 de la prescription : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date d'exécution : 30/10/22

Date d'exécution : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

800,00

**PHARMACIE / FOURNISSEUR**

Date de la prescription : 24/08/22

Date de la prescription : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de la prescription : 11/08/22

Date de la prescription : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de la prescription : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de délivrance : 26/08/22

Date de délivrance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de délivrance : 12/08/22

Date de délivrance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de délivrance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

210,90

892 euros

↓  
Noir P. France

**AUTRES FRAIS DE SANTÉ**

Description des frais facturés : .....

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS À 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 | 53 | 52 | 99 | 350 | 747 | 76

**NOM (en capitales) :**

*Abdellaoui*

**Date de naissance :**

01 | 01 | 58

**Prénom :**

*Hamdoune*

**Pays où ont été dispensés les soins :**

*2. ALGER*

**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.

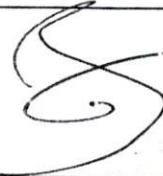
Signaler tout changement d'adresse et de domiciliation bancaire (RIB à joindre)

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](http://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<sup>ère</sup> 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<sup>er</sup> envoi de feuille(s) de soins.
- Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : [www.cfe.fr](http://www.cfe.fr)