

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 040793

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5169 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HAMRASS TAIBI

Date de naissance : 11/1/1956

Adresse : AV. LAGUARD N° 10 C.D. CASA

Tél. : 0603392662 Total des frais engagés : 202.750 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/02/2024

Nom et prénom du malade : ABDELATI TOURIA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Consultation pré-anesthésique RAO

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 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : AV

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

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

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

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien attestant le Paiement des Actes
12/24	CPA	300,00		

8/3/2024	Clinique Longchamps 34 Boulevard Chantier Longchamps 91120 Palaiseau Tél : 01 69 04 89 33	4000		
----------	--	------	--	--

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
L.N.P: 92001572	8.2.24	14220
L.N.P: 92001572	3.24	78530

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/03/2024		4000H

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraqui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient

Age

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

poly. H. de la biopsie *diagnostic N° - Anté N°*
fébr 20

Siège du prélèvement

Nature de l'acte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure :

Oui ☐

Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche :

Vagin ☐

Exocol ☐

Endocol ☒

- Frottis conventionnel :

CBE :

Endomètre ☐

Signature et Cachet



CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Patente 36333531 ICE 003224214000036 IF 40204512

FACTURE

REF : FA24C00381

Date de facturation 08 / 03 / 2024
Médecin traitant Dr. SLAOUI MOHAMED
Patient ABDELATI TOURIA - 131444
Demande **H40306326 - 06/03/2024**

Liste des examens

ESTOMAC - DUODENUM

Total	400,00	Dhs
coefficient-P		364

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

Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca
CASAPATH
6, Rue des Hôpitaux - Résidence du Parc
1er Etage N° 1 - Casablanca
Tel: 05 22 22 13 46 Fax: 05 22 22 14 24



RECU LE : 06/03/2024

EDITE LE : 07/03/2024

NOM & PRENOM : ABDELATI TOURIA

PRESCRIPTEUR : Dr. SLAOUI MOHAMED

AGE : 71 ans

Code Patient : 131444

N/REF : 40306326

ORGANE : DUODENUM-ESTOMAC-POLYPE

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Duodénum normal/ Antre normal/ Polype glandulo-kystique fundique.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

L'examen histologique a concerné quatre fragments biopsiques mesurant entre 0,2 et 0,5 cm, inclus en totalité et examinés sur plusieurs niveaux de coupe.

Deux proviennent d'une muqueuse de type antral (un fragment) et d'une muqueuse fundique (un fragment) sans la tunique musculaire muqueuse. Le revêtement de surface et des cryptes est régulier mucosecrétant sans bâtonnets d'hélicobacter pylori. Le chorion est le siège d'un infiltrat inflammatoire mononuclée minime fait de lymphocytes et de plasmocytes sans polynucléaires neutrophiles. La couche des glandes est de densité et hauteur légèrement diminuée.

Un correspond à une muqueuse gastrique fundique présente un revêtement épithélial de surface et cryptique kystique expansif hypercrine, mucosecrétant régulier. Le chorion est ponctué de lymphocytes et de plasmocytes en quantité modérée. Il n'est pas observé d'hélicobacter Pylori.

Le dernier fragment correspond à une muqueuse duodénale sans glandes. Les villosités sont hautes et régulières, souvent détachées. Le chorion y est oedémateux et modérément inflammatoire. Absence d'agent pathogène.

CONCLUSION :

- Duodénite interstitielle chronique modérée non spécifique. Absence d'atrophie villositaire. Absence d'agent pathogène.
- Gastrite chronique antro-fundique légère, non active et légèrement atrophique sans métaplasie intestinale ou dysplasie et sans hélicobacter pylori.
- Polype glandulo-kystique fundique sans dysplasie. Absence de malignité.

Signé : Dr. Amal BENKIRANE

Pr. Amal BENKIRANE

Anatomo-Pathologiste

Centre de Pathologie Casapath

5, Rue des Hôpitaux - Rés. du Parc Casablanca
Tél.: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax: 05 22 22 14 24

Pr. Amal BENKIRANE

Anatomo-Pathologiste

Centre de Pathologie-Casapath

6, Rue des Hôpitaux

Résidence du Parc - Casablanca

Tél : 05 22 22 13 46/66 - Fax : 05 22 22 14 24

INPE : 091024604

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 12-02-2024

Facture N° 01241/24

A. Identification

N° Dossier : CLC24B12141732 N° Identifiant : 009436/21
Nom & Prénom : Mme ABDELATI TOURIA
C.I.N : B298617
Adresse : ITTISAL 2 AV LAGOUIRA N° 10 C D CASABLANCA

C. Débiteur page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 12-02-2024
Date Sortie : 12-02-2024

Médecin traitant : DR . KAIY BOUCHAIB

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CPA		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00

PARTIE CLINIQUE : 300,00

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : 0,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

TOTAL GENERAL 300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré

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



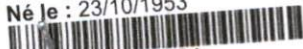
AKDITAL

Clinique Longchamps
مصحة لونشون

Casablanca, le 6.3.24

Mme ABDELATI TOURIA

Né le : 23/10/1953



CLC24C06073330

92.30

NEOFETAN 100 mg

1550 x 6

Inexim

11

785.30



x 325

PHARMACIE ADIBA
181, Bd. Reda Gdira
Ben M'sik - Casablanca
Tél : 05 22 37 39 36

Docteur Mohamed SLAOU
Gastro - Entérologue
Clinique Longchamps
CASABLANCA

Docteur Mohamed SLAOU
Gastro - Entérologue
Clinique Longchamps
CASABLANCA

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

NEOFORTAN®

10 COMPRIMÉS EFFERVESCENTS 160 mg



6 118000 031697

مخابر المستحضرات الصيدلانية لشمال إفريقيا
SOCIÉTÉ DES CHIMIA CASABLANCA - MAROC

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

40 mg Cpr GR

Bolte 14

641N5DMP/21NRQ P.P.V.: 115,50DH



6 118001 020607

NEOFORTAN 160mg

10 CPS EFF

PPV 92D 430

EXP 09/2026

LOT 36028 4

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

40 mg Cpr GR

Bolte 14

641N5DMP/21NRQ P.P.V.: 115,50DH



6 118001 020607

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca

INEXIUM

40 mg Cpr GR

Bolte 14

641N5DMP/21NRQ P.P.V.: 115,50DH



6 118001 020607

6 118001 020607

641N5DMP/21NRQ P.P.V.: 115,50DH

Bolte 14

40 mg Cpr GR

INEXIUM

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca

SYNTHEMEDIC

6 118001 020607

641N5DMP/21NRQ P.P.V.: 115,50DH

Bolte 14

40 mg Cpr GR

INEXIUM

22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca

SYNTHEMEDIC

6 118001 020607

641N5DMP/21NRQ P.P.V.: 115,50DH

Bolte 14

40 mg Cpr GR

INEXIUM



Casablanca, le

08.07.2014

الدار البيضاء، في

ifme

WATIRASS

Taux

14220

FORTIRASS



* Diluer chaque sachet de 10 g de l'ordre
s'écouler

PHARMACIE ADIBA
181, Bd. Reda Gdira
Ben M'sik - Casablanca
Tél : 05 22 37 39 36

* Boire la préparation la veille de
la coloscopie selon le protocole
ci-joint

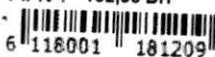
PHARMACIE ADIBA
181, Bd. Reda Gdira
Ben M'sik - Casablanca
Tél : 05 22 37 39 36

CABINET Dr SLAOUI MOHAMED
GASTRO ENTEROLOGUE
RECEPTION
32, Rue Soumaya, 2e Etage - Casablanca
Tél: 0522 25 99 37 - 06 98 97 17 18
slaouimed.doc@gmail.com

Maphar
Bd Alkimia N° 8, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca



Fortrans sachet b4 mv
P.P.V: 132,90 DH



6 118001 181209

CLINIQUE MEDICO CHIRURGICALE LONGCHAMPS

NOM DU PATIENT : Mme
ABDELATI TOURIA
DATE DE NAISSANCE :
23/10/1953
CLC24B12141732



Reçu N°: 40401

Paiement du 12/02/2024 14h29

Actes

Montant

300,00 Dh

Type de paiement

Espèce

Imprimé par : ELBACHRI RACHID Le
12/02/2024 14h29