

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W19-414404

13642

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10926 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AOUANI ADIL

Date de naissance : 10/12/1973

Adresse : Cotonou (Benin) AAOUANI & ROYAL AIR MAROC

Tél : 0022995912730 Total des frais engagés : 5615,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24 10, 2019

Nom et prénom du malade : EL NOUATAMN SANA Age : 36

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

Nature de la maladie : Pathologie diplo 2019

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 Cotonou Le : 24 10, 2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
24.10.21	C ₁	1	300,00	INP: 10/122760
	10yo-HC80		4000,00	
	+1020			
23.11.21	C ₁	1	300,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien	Date
<p>Pharmacie EL MOUJAHID Kamal Abdelkader Docteur En Pharmacie 20. Bd. El Moujahid El Ayachi Tel. 05 23 39 31 89 - El Jadida</p>	<p>28 / 10 / 19</p>

[illegible]

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

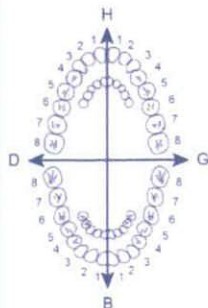
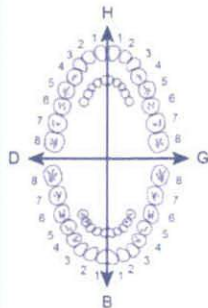
VOILE ADHÉRENT

RELEVÉ DES FRAIS ET SOINS

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'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CABINET D'HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE

Endoscopie digestive - Proctologie - Echographie

Docteur H. SAHER

Rabat le : 29-10-2019

En notation SANA

58,40

- Soluprel day = 2cp 1ent

SV

N° 07

Pharmacie EL MOUJAHID
Kamal Abdellakder
Docteur En Pharmacie
20. Bd. El Moujahid El
Tél: 05 23 39 31 89 - E

38,80

- Flexon = 1 cp 1x2j

SV

- INNEX day = 1y 6 ent

SV

2,62

132,00 x 2

- C - BACSO = 2y x 3/j 1st 2j

SV

- Amoxilino = 1y x 3/j 1st 2j

SV

- Flagyl no = 1y x 3/j 1st 2j

34,60

49,80 x 2

Rue Abderrahmane El Ghafiki Residence Yazamane 2, Imm. A - Appt. 3 - Rabat (à côté de la Gare Agdal)

Tél. : 05 37 77 89 09 - Tél/Fax : 05 37 77 89 11 - E-mail : hsaher@hotmail.com

Patente N° : 25771074 - CNSS N° : 7176250

Pharmacie EL MOUJAHID
Kamal Abdellakder
Docteur En Pharmacie
20. Bd. El Moujahid El
Tél: 05 23 39 31 89 - E



FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80

LOT : 9MA172
PER : 06/2024

احترم التعليمات المعينة
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
A يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

Flagyl 500 mg

فلاجيل® 500 ملغ
ميترونيدازول

20 قرصا مغلفا - عن طريق الفم

IMPRIMEPEL



SANOFI

Flagyl® 500 mg

Metronidazole

Voie orale

20 comprimés pelliculés

المكونات :

ميترونيدازول 500 ملغ

السواغات: نشا القمح، بوفيدون K30، ستيرات المغنيسيوم،

هيبروميلون، ماكروجول 20000، لكل قرص مغلف.

لأنحة السواغات معروفة التأثير :

نشا القمح (غلوتين)

تحذيرات خاصة :

اقرأ النشرة جيدا قبل الاستعمال.

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.



FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80

LOT : 9MA172
PER : 06/2024

احترم التعليمات المعينة
Respecter les doses prescrites

Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
A يصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

Flagyl 500 mg

فلاجيل® 500 ملغ
ميترونيدازول

20 قرصا مغلفا - عن طريق الفم

IMPRIMEPEL



SANOFI

Flagyl® 500 mg

Metronidazole

Voie orale

20 comprimés pelliculés

المكونات :

ميترونيدازول 500 ملغ

السواغات: نشا القمح، بوفيدون K30، ستيرات المغنيسيوم،

هيبروميلوز، ماكروجول 20000، لكل قرص مغلف.

لأنحة السواغات معروفة التأثير :

نشأ القمح (غلوتين)

تحذيرات خاصة :

اقرأ النشرة جيدا قبل الاستعمال.

يحفظ بعيدا عن متناول الأطفال.



12 comprimés
dispersibles
500mg

amoxicilline

Amoxil

Amoxil 500mg comprimés dispersibles

amoxicilline

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 500mg

Excipient q.s.p. 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à

500mg, soit 6g d'amoxicilline.

اموكسيسلين 500 ملغ. يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال.

Ce médicament peut causer des allergies

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

يحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RÉSPÉCTER LES DOSES PRESCRITES



PPV: 34,60 DH

LOT: 609440

PER: 01/21

AMOXIL 500mg
12 comprimés dispersibles



6 118000 160113



12 comprimés
dispersibles
500mg

amoxicilline

Amoxil

Amoxil 500mg comprimés dispersibles

amoxicilline

Composition :

Amoxicilline (sous forme de trihydrate) 500mg

Excipient q.s.p. 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés dosés à

500mg, soit 6g d'amoxicilline.

اموكسيسلين 500 ملغ. يحتوي هذا الدواء على الأسبرتام

Lire attentivement la notice avant utilisation.

اقرأ النشرة بانتباه قبل الاستعمال.

Ce médicament peut causer des allergies

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

يحفظ بعيداً عن متناول ومراى الأطفال هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية

Uniquement sur ordonnance

RÉSPÉCTER LES DOSES PRESCRITES



PPV: 34,60 DH

LOT: 609440

PER: 01/21

AMOXIL 500mg
12 comprimés dispersibles



6 118000 160113

500 مغ

C-BAC® 500 mg
Clarithromycine
14 comprimés enrobés

PROMOPHARM s.a.



سي-باك[®]

كلاريثروميسين

عن طريق الفم



14 قرص ملبس



پروموفارم ش.م
PROMOPHARM s.a.

132,000



500 مغ

C-BAC® 500 mg
Clarithromycine
14 comprimés enrobés

PROMOPHARM s.a.



سي-باك[®]

كلاريثروميسين

عن طريق الفم



14 قرص ملبس



پروموفارم ش.م
PROMOPHARM s.a.

132,000



إيزوميبرازول

إينكسيوم®

20


إيزوميبرازول 20 ملغ قرص صامد

INexium® 20 mg

ésoméprazole

إينكسيوم® 20 مغ

إيزوميبرازول

SYNTHEMEDIC 
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

640150MP/21NRQ P.P.V : 92,60 DH

6 118001 020591

14
comprimés
gastro-
résistants
Par voie orale

14
قرص صامد
لحموضة المعدة
عن طريق الفم

إيزوميبرازول

إينكسيوم®

20


إيزوميبرازول 20 ملغ قرص صامد

INexium® 20 mg

ésoméprazole

إينكسيوم® 20 مغ

إيزوميبرازول

SYNTHEMEDIC 
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg Cpr GR

Boîte 14

640150MP/21NRQ P.P.V : 92,60 DH

6 118001 020591

14
comprimés
gastro-
résistants
Par voie orale

14
قرص صامد
لحموضة المعدة
عن طريق الفم

26824-02
05/12

صولوبريد® 20مليغ



بردينيزولون
عن طريق الفم
20 قرصا فائرا

sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sebaa
20250 Casablanca

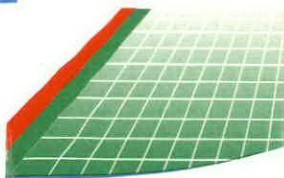
IMPRIMEPEL

Solupred® 20mg

Prednisolone

Voie orale

20 Comprimés effervescent



sanofi aventis

Solupred® 20mg



37x37x55

Solupred® 20mg

Prednisolone



احترم المقادير المعينة
RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Solupred® 20 mg

20 Comprimés
effervescent



6 118000 060536



20 Comprimés effervescent

Voie orale

Prednisolone

Solupred® 20mg

Composition :

Prednisolone : 20 mg

Excipients q.s.p 1 comprimé
effervescent.

Excipient à effet notoire : sodium.

Lire attentivement la notice avant
utilisation

Ne pas laisser à la portée des
enfants.

Reboucher soigneusement le flacon
après chaque prise.

A conserver à l'abri de la chaleur et
de l'humidité.

58,40

Fluibron[®] 0,3%

Ambroxol

38,80



CABINET D'ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
Av. de France ICE : 001656877000042

RABAT, le 25/10/2019

FACTURE :2019-01171

EL MOATASSIM SANA

Examen	Indice	Tarif	Nb Ex	Montant
Biopsie multiple (2flacons)	P545	600,00	1	600,00

Total 600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de

six cents DH

Cabinet d'Anatomie et Cytologie
Pathologiques - Av. de France - Agdal - Rabat
44, Av. de France, App. 5, 1^{er} étage - Agdal - Rabat
Tél: 05 37 77 39 66 - Fax: 05 37 77 90 66

INPE : 021076161

Dr. Anass HARKET

Anatomopathologiste

Ex. Professeur Assistant au CHU (Rabat)

Ex. Praticien certifié du Val-de-Grâce (Paris)

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOCYTOPATHOLOGIQUE

Nom et Prénom du malade El Noatman LANA

De la part du docteur SAHIZ

Date du prélèvement

Date d'envoi

Siège et nature du prélèvement

Renseignements cliniques et paracliniques

① Biopsie gelyr

② colyp.

rechel 1' HP

rechel 5' 1' colit flant

on 1' colit futer

Cabinet d'Anatomie et Cytologie
Pathologiques -Av. de France-
44, Av. de France, App. 5, 1^{er} étage - Agdal - Rabat
Tél.: 05 37 77 39 66 • Fax: 05 37 77 90 66

REF Antérieure :

Fixation :

عيادة التشريح المرضي الدقيق شارع فرنسا

Cabinet d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
Av. de France

Dr. Anass HARKET

Anatomopathologiste

Ex. Professeur Assistant au CHU (Rabat)

Ex. Praticien certifié du Val-de-Grâce (Paris)

E-mail : a_harket@hotmail.com

NOM & PRENOM : EL MOATASSIM SANA

DOCTEUR : SAHER HM.

CODE PATIENT : 2019-01410

REFERENCE : 19j/H/00123

DATE : 25/10/2019



RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Biopsies gastriques à la recherche d'HP.

Biopsies coliques : recherche d'une colite inflammatoire ou infectieuse.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

1- Biopsies gastriques : Le prélèvement a intéressé deux fragments biopsiques de muqueuse gastrique située essentiellement au niveau fundique. Il a été examiné sur plusieurs plans de coupe.

Le revêtement de surface et des cryptes est unistratifié, d'architecture conservée, constitué de cellules cylindriques mucosécrétantes dépourvues d'atypie cytonucléaire ou de métaplasie intestinale. Le chorion légèrement congestif, comporte un infiltrat inflammatoire minime lymphoplasmocytaire associé à quelques polynucléaires neutrophiles. Il n'a pas été observé d'atrophie glandulaire. Les glandes ont une mucosécrétion de répartition parfois inhomogène. Des figures curvilignes de type *Helicobacter pylori* sont observées à la surface des cryptes et dans la lumière glandulaire.

CONCLUSION : Gastrite chronique d'intensité et d'activité minimales, légèrement congestive avec présence d'HP (++). Absence d'atrophie, de métaplasie intestinale ou de dysplasie.

2- Biopsies coliques : Le prélèvement a intéressé trois fragments biopsiques de muqueuse colique dont le revêtement de surface est continu raccordé à des cryptes parallèles entres elles.

Le chorion est légèrement épaissi par des remaniements œdémato-congestifs avec discrète accentuation de la population inflammatoire interstitielle. En effet on note la présence d'un infiltrat inflammatoire essentiellement fait de lymphoplasmocytes s'organisant par places en amas densifiés associé à quelques polynucléaires neutrophiles et éosinophiles. Les glandes sont bordées d'un revêtement mucosécrétant aux contours rectilignes. Il n'y a pas d'épaississement significatif collagène sous-épithélial, ni d'exocytose lymphocytaire. Il n'a pas été observé de granulome ou d'abcès cryptiques.

CONCLUSION : Aspect morphologique d'une discrète colite subaiguë et œdémato-congestive sans spécificité histologique apparente. Absence de lésion spécifique ou de signe de malignité.

E-mail : anapatharket@gmail.com

Dr. Anass HARKET
Dr. A. HARKET
Cabinet d'Anatomie et Cytologie Pathologiques - Av. de France - Agdal - Rabat

44, شارع فرنسا، شقة 5، الطابق الأول • أكادال • الرباط • الهاتف : 05 37 77 39 66 • الفاكس : 05 37 77 90 66 (أمام محطة الطراموي - شارع فرنسا)
44, Av. de France, Appt. 5, 1^{er} étage • Agdal • Rabat • Tél.: 05 37 77 39 66 • Fax : 05 37 77 90 66 (Face Station Tramway - Av. de France)

Patente : 25771995 • IF : 40457309 • CNSS : 8676449



RABAT LE 24/10/2019

CABINET D'HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE

Endoscopie digestive - Proctologie - Echographie

Docteur H. SAHER

Rabat le:

Facture de MME ELMOATASSIM SANA 241019

COLONOSCOPIE +FIBROSCOPIE +BIOPSIE

K80

+K40

+K20

PRIX UNITAIRE/30DH

PRIX TOTAL/140X30=4000dh

**ARRETE LA SOMME A QUATRE MILLE DIRHAMS TOUTE
TAXE COMPRISE**

[Signature]
GASTRO ENTEROLOGIE
Docteur H. SAHER
Rue Abderrahmane El Ghafiki Résidence Yazamane 2, Imm. A - Appt.3 - Rabat(à Côté de la Gare Agdal)
Tél: 0537 77 89 09 - E-mail: hsaher@hotmail.com



CABINET D'HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE

Endoscopie digestive - Proctologie - Echographie

COMPTE-RENDU DE FIBROSCOPIE

Docteur H. SAHER

Rabat le:

NOM/ EL MOATASSIM

PRENOM/ SANA

SC/ EPIGASTRALGIES

MEDECIN TRAITANT/DR SAHER

EOSOPHAGE / OESOPHAGITE STADEII

CARDIA/ BEANCE DU CARDIA

MUQUEUSE GASTRIQUE / HYPERSECRETION ACIDE_AVEC MICROULCERATIONS
DIFFUSES

PYLORE / FACILEMENT ACCECIBLE

BULBE -D2/ NORMAL

CONCLUSION / BEANCE DU CARDIA +OEQSOPHAGITE STADEII +GASTRITE DES
BIOPSIES ONT ETE REALISEES

[Signature]
GASTRO ENTEROLOGIE
Docteur H. SAHER
Rue Abd El Ghafiki Résidence Yazamane 2, Imm. A - Appt.3 - Rabat (à Côté de la Gare Agdal)
Tél: 0537 77 89 09



RABAT LE 24/10/2019

CABINET D'HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE

Endoscopie digestive - Proctologie - Echographie

Docteur H. SAHER

Rabat le:

Compte-rendu de colonoscopie

Nom/ EL MOATASSIM

PRENOM/SANA

INSPECTION DE LA MARGE ANALE / NORMALE

**CHARNIERE RECTO-SIGMOIDIENNE/ ULCERATION RECTALE
ET MICROULCERATIONS**

COLON GAUCHE/ NORMAL

COLON TRANSVERSE / DOLIGO MEGACOLON

COLON DROIT / NORMAL

DERNIERE ANSE / TRES INFLAMMATOIRE

**CONCLUSION/ DOLIGO-MEGACOLON + COLOPATHIE
FONCTIONNELLE + COLITE INFLAMMATOIRE CHRONIQUE**

[Signature]
GASTRO-ENTEROLOGIE
Rue Abderrahmane El Ghafiki Résidence Yazamane 2, Imm. A - Appt.3 - Rabat (à Côté de la Gare Agdal)
Tél: 0537 77 89 09 - E-mail: hsaher@hotmail.com Patente N°: 25771074 - CNSS N°: 7176250 - INPE: 101122760