

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

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

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

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



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

Déclaration de Maladie

N° W19-569585

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1753 Société : 44846
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TAZI MUSTAPHA
 Date de naissance : 21.09.1995
 Adresse : 32 avenue Bir Kassem - Souissi - Rabat
 Tél : 06 61 21 73 36 Total des frais engagés : 3338,40 Dhs
 06 22 035 100

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Oumama BENJELLOUN
Gastro-entérologie Hépatologie Proctologie
Angle rue Azegza et Av. Eal Ould Camair
Imm. Itham, Apt 3, Agdal - Rabat
Tél: 05 37 77 71 15


Date de consultation : 2.09.2020
 Nom et prénom du malade : TAZI Oumama
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : oesophagite herpétique
 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.

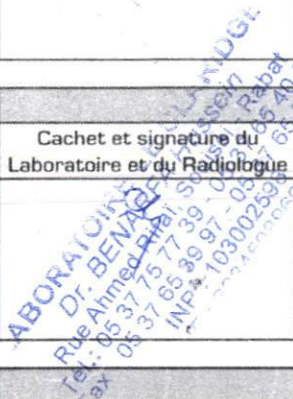
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Rabat Le : 22 / 10 / 2020

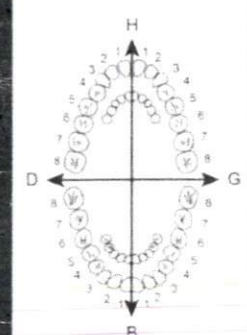
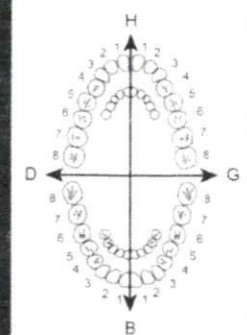
Signature de l'adhérent(e) :

| 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 |
| Le 09/09/2010 | F.h. 25.71 | | 200.0 | INP :  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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 |
|  | 09/09/2010 | 3/6/6 | 1328,40 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | 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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 CCEFFICIENT 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 colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | G | | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

résignation des p

1,00

2 000,0

مصحة
الرباط زعير



Clinique
CLINIQUE
RABAT ZAËRS

2 000

Total

9-09-20

te facture à la somme de :

IRHAMS

Il. tazi, Anastapha

FOGD

Gastro-entérologie Hépatologie Proctologie
Angle rue Azéza et av. Fal Ould Oumeir
Imm. Ilham, Apt 3, Agdal - Rabat
Tél : 05 37 77 71 15



I.F 3380911 - Patente 25930571 - 4CE 001698524000094
CNSS 7561542 - RIB 013810010700005450019594

M. tazi Mustapha

TP - TCA
CRP
procalcitonine
creatinine
NFS
AST, ALT

ABORATUINE LE CLARIDGE
Dr. BENARFA Hussein
Rue Ahmed Rifaï, Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 75 77 39 - 05 37 65 40 08
Fax: 05 37 65 39 97 - 05 37 65 87 66
INP: 103002598

Dr. Oumama BENJELLOUN
Gastro-entérologie Hépatologie Proctologie
Angle rue Azegza et Av. Fai Ould Oumeir
Imm. Ilham, Apt 3, Agdal - Rabat
Tél: 05 37 77 71 15

CLINIQUE RABAT ZAERS

MEDICO - CHIRURGICALE
AVENUE MOHAMED VI-RABAT
Tél: 05 37 65 65 65 /Fax: 05 37 65 65 75

F A C T U R E

N° : 2870 / 2020 du 09/09/2020

Nom patient **TAZI MUSTAPHA**
PAYANT

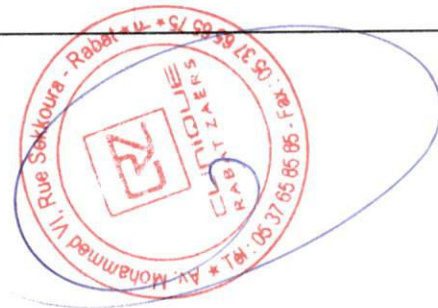
Entrée 09/09/2020
Sortie 09/09/2020

| Désignation des prestations | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|----------|
| FIBROSCOPIE | 1,00 | | 2 000,00 | 2 000,00 |
| | | | Sous-Total | 2 000,00 |
| Total Clinique | | | | 2 000,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE DIRHAMS

Total 2 000,00





LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LE CLARIDGE

مختبر التحليلات الطبية كلاريدج

Dr. Benarfa Hussein

Biologiste

Diplômé de l'Université de Louvain
Ancien Interne du CHU Saint-Luc Bruxelles

Dossier ouvert le : 09/09/20
Prélèvement effectué à 12:15
Edition du : 09/09/20

Monsieur TAZI MUSTAPHA

Réf. : 201668

Page : 1/4

PRELEVEMENT HORS LABORATOIRE

Compte Rendu d'Analyses

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

Normales
(Homme Adulte)

| | | | | |
|-----------------------------|---|---------|----------------------------------|-----------------|
| NUMERATION | | | | |
| HEMOGLOBINE | : | 14,3 | g/dl | 13 - 17 |
| HEMATOCRITE | : | 43,6 | % | 40 - 50 |
| HEMATIES | : | 4,90 | 10 ⁶ /mm ³ | 4,4 - 5,6 |
| - VGM | : | 89 | μ ³ | 84 - 94 |
| - CCMH | : | 33 | % | 32 - 36 |
| - TGMH | : | 29 | pg | 28 - 32 |
| LEUCOCYTES | : | 6 490 | /mm ³ | 4000 - 10000 |
| FORMULE LEUCOCYTAIRE | | | | |
| POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES | : | 54,6 | % | 50 - 75 % |
| POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES | : | 4,6 * | % | < 4 % |
| POLYNUCLEAIRES BASOPHILES | : | 0,6 | % | < 2 % |
| LYMPHOCYTES | : | 33,6 | % | 20 - 40 % |
| MONOCYTES | : | 6,6 | % | 2 - 8 % |
| PLAQUETTES | : | 204 000 | /mm ³ | 150000 - 450000 |

LABORATOIRE LE CLARIDGE
Dr. BENARFA Hussein
Rue Ahmed Rifai Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 75 77 39 / 05 37 65 40 08
Fax: 05 37 65 39 97 / 05 37 65 87 66
INP : 103002598

Dossier ouvert le : 09/09/20
Prélèvement effectué à 12:15
Edition du : 09/09/20

Monsieur TAZI MUSTAPHA

Réf. : 201668

Page : 2/4

PRELEVEMENT HORS LABORATOIRE

Compte Rendu d'Analyses

HEMOSTASE

TAUX DE PROTHROMBINE (TP)

Normales

Patient : 11,30 sec
(Témoin : 11,0 sec)
TP : 91,1 %
INR : 1,03

80 - 100

Les objectifs habituellement fixés aux traitements anticoagulants sont les suivants:

INDICATIONS

INR

- Traitement à la phase aigue d'une thrombose ou d'une embolie pulmonaire.
- Prévention des embolies systémiques en cas d'infarctus du myocarde, de cardiopathie valvulaire, d'AC par fibrillation auriculaire.
- Phlébite récidivante.

(2à3)

- Prothèses valvulaires mécaniques.
- Embolies systémiques récidivantes

(3à4,5)

TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN (TCK)

Patient : 26,2 sec
(Témoin : 25 sec)

22 - 30

LABORATOIRE LE CLARIDGE
Dr. BENARFA Hussein
Rue Ahmed Rifai Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 75 77 39 - 05 37 65 40 08
Fax: 05 37 65 39 97 - 05 37 65 87 66
INP : 103002598

Dossier ouvert le : 09/09/20
Prélèvement effectué à 12:15
Edition du : 09/09/20

Monsieur TAZI MUSTAPHA

Réf. : 201668

Page : 3/4

PRELEVEMENT HORS LABORATOIRE

Compte Rendu d'Analyses

BIOCHIMIE

IONOGRAMME SANGUIN

| | | | Normales |
|------------------------------|--------|-------------|------------|
| SODIUM | : | 141 mEq/l | 135 - 145 |
| POTASSIUM (K ⁺) | : | 4,0 mEq/l | 3,5 - 5 |
| CHLORURES (Cl ⁻) | : | 104 mmol/l | 98 - 112 |
| PROTEINES | : | 69,10 g/l | 62 - 82 |
| RESERVE ALCALINE | : | 25 mmol/l | 20 - 30 |
| CALCIUM (Ca ⁺⁺) | : | 97,8 mg/l | 84 - 105 |
| | Soit : | 2,45 mmol/l | 2,1 - 2,63 |
| GLYCEMIE A JEUN | : | 0,82 g/l | 0,7 - 1,1 |
| | Soit : | 4,60 mmol/l | 3,9 - 6,1 |

NB/Pour une femme enceinte la glycémie à jeun ne doit pas dépasser 0,92 g/l

| | | | |
|----------------------|--------|-------------|------------|
| UREE SANGUINE | : | 0,34 g/l | 0,1 - 0,45 |
| | Soit : | 5,67 mmol/l | 1,67 - 7,5 |
| CREATININE SANGUINE: | : | 8,6 mg/l | 6,5 - 13 |
| | Soit : | 76 µmol/l | 57,5 - 115 |

TRANSAMINASES

| | | | |
|--------------------------|---|-----------|------|
| TRANSAMINASES ASAT (GOT) | : | 23,0 UI/l | < 40 |
| TRANSAMINASES ALAT (GPT) | : | 33,0 UI/l | < 42 |

LABORATOIRE LE CLARIDGE
Dr. BENARFA Hussein
Rue Ahmed Rifai, Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 75 77 39 - 05 37 65 40 08
Fax: 05 37 65 39 97 - 05 37 65 87 66
INP : 103002598

Dossier ouvert le : 09/09/20
Prélèvement effectué à 12:15
Edition du : 09/09/20

Monsieur TAZI MUSTAPHA

Réf. : 201668

Page : 4/4

PRELEVEMENT HORS LABORATOIRE

Compte Rendu d'Analyses

IMMUNOLOGIE / SEROLOGIE

PROCALCITONINE
VIDAS /BRAHMS/PCT

: <0,05 ng/ml

Normales

< 0,1

NB/ -Une concentration <0,1 ng/ml :normal

-Une concentration <0,5 ng/ml représente un faible risque de sepsis sévère et/ou choc septique

-Une concentration >2 ng/mL représente un risque élevé de sepsis sévère et/ou choc septique

-FAUX NEGATIF: Toutefois, les concentrations <0,5 ng/ml ne peuvent permettre d'exclure une infection, du fait de certaines infections localisées (sans présence de signes systémiques) qui peuvent être associées à ces faibles concentrations, ou du fait d'une infection systémique naissante (<6 heures).

-Manque de sensibilité dans les pneumonies communautaires et pyélonéphrites aiguës

-Infections à bactéries intracellulaires (pneumopathie atypique, brucellose, maladie de Lyme, tuberculose)

-FAUX POSITIF: Par ailleurs, la procalcitonine peut être augmentée sans infection. (Maladie de Kawasaki, coup de chaleur, polytraumatisés aux premiers jours, grands brûlés, insuffisance rénale préterminale et hemodialysés, premiers jours du nouveau né (48h), certains carcinomes bronchiques, cancers médullaires de la thyroïde.

-Des concentrations de PCT comprises entre 0,5 ng/ml et 2 ng/ml devront être interprétées en tenant compte du contexte clinique du patient. Il est recommandé de retester la PCT dans les 6-24 heures pour toute concentration <2 ng/ml

PROTEINE C REACTIVE (CRP-us)

: 1,7 mg/l

< 5

LABORATOIRE LE CLARIDGE
Dr. BENARFA Hussein
Rue Ahmed Rifai, Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 75 77 39 - Fax: 05 37 65 39 97
INP: 103002598
IF: 3334509960



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LE CLARIDGE

مختبر التحليلات الطبية كلاريدج

Dr. Benarfa Hussein

Biologiste

Diplômé de l'Université de Louvain
Ancien Interne du CHU Saint-Luc Bruxelles

Rabat le 9 septembre 2020

Monsieur TAZI MUSTAPHA

FACTURE N° 31942

Analyses :

| | | | |
|---------------------------------|---|-----|----------------|
| Numération formule ----- | B | 80 | |
| Taux de Prothrombine (TP) ----- | B | 40 | |
| Temps de céphaline kaolin ----- | B | 40 | |
| Ionogramme sanguin ----- | B | 160 | |
| Glycémie ----- | B | 30 | |
| Urée ----- | B | 30 | |
| Créatinine ----- | B | 30 | |
| Transaminases ----- | B | 100 | |
| Procalcitonine ----- | B | 400 | |
| CRP ----- | B | 100 | Total : B 1010 |

Prélèvements :

| | | | |
|-----------|----|-----|--|
| Sang----- | Pc | 1,5 | |
|-----------|----|-----|--|

TOTAL DOSSIER

1 378,40 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Trois Cent Soixante Dix Huit Dirhams et Quarante Centimes

LABORATOIRE LE CLARIDGE
Dr. BENARFA Hussein
Rue Ahmed Rifai Souissi - Rabat
Tél.: 05 37 65 40 08 / 05 37 75 77 39 - Fax: 05 37 65 39 97 / 05 37 65 87 66
GSM: 06 61 89 78 47 / 06 66 89 67 49
R.C.: 69968 - Patente: 25900708 - CNSS: 2690809 - ICE: 001673334000060 - INP: 103002598
E-mail: claridgelabo@gmail.com

Rue Ahmed Rifai Complexe LE CLARIDGE (Prestige Extention) Souissi - Rabat

Tél.: 05 37 65 40 08 / 05 37 75 77 39 - Fax: 05 37 65 39 97 / 05 37 65 87 66 - GSM: 06 61 89 78 47 / 06 66 89 67 49

R.C.: 69968 - Patente: 25900708 - CNSS: 2690809 - ICE: 001673334000060 - INP: 103002598

E-mail: claridgelabo@gmail.com

Rabat, le 09 Sept 2020, 10H30

Compte rendu de FOGD

NOM : TAZI MUSTAPHA

RC : Œsophagite herpétique traitée par aciclovir pendant 15j, contrôle endoscopique à 1 semaine de la fin du TTT, absence de symptômes

Infirmière en endoscopie : ZAHRA

Vidéo endoscope Pentax

RESULTATS :

- **Œsophage :** Ligne Z à 38 cm des AD, HO à 40 cm des AD
De 25 cm à la LZ aspect remanié de la muqueuse correspondant à la cicatrisation des lésions antérieures des AD nette amélioration de l'aspect initial, absence d'ulcérations.
Reste du haut œsophage d'aspect normal en dehors d'une petite lésion ovalaire de 5 mm orangée pouvant correspondre à une métaplasie siégeant juste après la bouche de kilian.
- **Estomac :** Examiné en vision directe et rétrovision, lac muqueux clair
 - . **Antre :** muqueuse modérément érythémateuse
 - . **Fundus :** plissement harmonieux, muqueuse modérément érythémateuse
 - . **RV :** RAS
- **Pylore :** centré et franchi
- **Bulbe :** sans anomalies, absence d'ulcère
- **DPB :** muqueuse d'aspect normal

CONCLUSION :

Nette amélioration des lésions œsophagiennes avec aspect cicatriciel.

HH par glissement non compliquée de 2 cm.

Pangastrite modérée.

Petite lésion ovalaire orangée à l'entrée de l'œsophage aperçue à la sortie non biopsiée correspondant probablement à une zone métaplasique.+++++

Dr BENJELLOUN

Dr. Oumama BENJELLOUN
Gastro-entérologie Hépatologie Proctologie
Angle rue Azouza et Av. Fak Ould Ourheir
Imm. Ilham Apt 31 Asdal Rabat
Tél: 05 37 71 15

