

## 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° W19-561252

68032

LA

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8378 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELHAJJ RAJA

Date de naissance : 12-4-62

Adresse : Sect 5, Résidence Trovau Publics

Tél. : 0663721206 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

GASTRO ENTEROLOGIE  
Docteur H. SAHER  
Rue Abd. El Ghafiki Rabat - Agdal  
Tél. : 05 37 77 89 09

Date de consultation : 20/01/2014

Nom et prénom du malade : ELHAJJ RAJA Age : 53 ans

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

Nature de la maladie : Pathologie digestive

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 : 20/01/2014

Signature de l'adhérent(e) : ER

### 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

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-561252

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

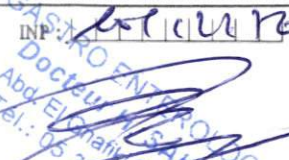
Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



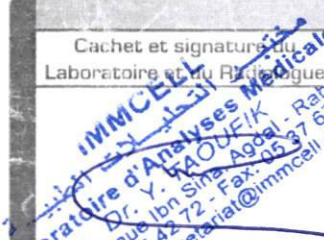
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
24/1/04	C	1	2070	 Dr. Y. Y. OUEIK 55, Avenue Ibn Sina Agdal - Rabat Tél.: 05 37 67 42 72 - Fax: 05 37 67 43 12 Email: secretariat@immc.ma
24/1/04	C	1	0	

# 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
 Dr. Y. Y. OUEIK 55, Avenue Ibn Sina Agdal - Rabat Tél.: 05 37 67 42 72 - Fax: 05 37 67 43 12 Email: secretariat@immc.ma	30/1/21	B220+P4P	230 DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

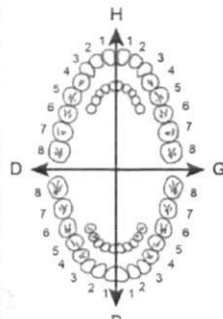
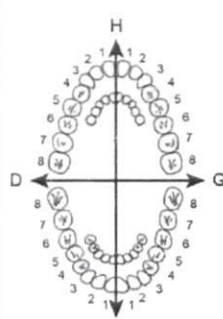
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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	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 <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## **CABINET D'HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE**

Endoscopie digestive - Proctologie - Echographie

**Docteur H. SAHER**

Rabat le : 21/01/02.

Mr G. HADJI ALI

Ce ma présentation d'acte

**IMMCELL** مختبر التحليلات الطبية  
**Laboratoire d'Analyses Médicales**  
Dr. Y. TAOUFIK  
55, Avenue Ibn Sina Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 67 42 72 - Fax: 05 37 67 43 12  
Email: secretariat@immcell.com

**GASTRO ENTEROLOGIE**  
Docteur H. SAHER  
Rue... Agdal  
Tél: 05 37 77 89 09

Rue Abderrahmane El Ghafiki Résidence Yazamane 2, Imm. A - Appt. 3 - Rabat (à Coté 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



**CABINET D'HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE**

Endoscopie digestive - Proctologie - Echographie

**Docteur H. SAHER**

Rabat le : 30/01/2024

EL HASSI LATAA

TREDETHINE 500g

2 cps le matin à j.

et 2cps une heure plus tard

jusqu'à 1 fin de fil

76 8378

GASTRO ENTEROLOGIE  
Docteur H. SAHER  
Rue Abd. El Ghafiki Rabat Agdal  
Tél. : 05 37 77 89 09

Rue Abderrahmane El Ghafiki Résidence Yazamane 2, Imm. A - Appt. 10 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



**FACTURE N° : 2101302002**

Rabat le 30-01-2021

**Mme RAJAA EL HAJJI**

Date de l'examen : 30-01-2021

Analyses :

<b>Récapitulatif des analyses</b>			
<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
0254	Parasitologie (Examen direct + enrichissement)	B40	B
0254	Parasitologie (Examen direct + enrichissement)	B40	B
0254	Parasitologie (Examen direct + enrichissement)	B40	B
0255	Coproculture + identification:	B100	B

Total des B : 220

TOTAL DOSSIER : 230 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent trente dirhams

**IMMCELL**  
مختبر التحليلات الطبية  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. Y. TAOUFIK  
55, Avenue Ibn Sina, Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 67 42 72 - Fax: 05 37 67 43 12  
Email: secretariat@immcell.com

Numéro d'autorisation : 9273 – INPE : 103061180 - Patente : 58138 - ICE : 001838426000017 - IF : 15278416 –  
RIB : 011.810.0000.14.200.00.06255.24

N° 8378

Page

1 / 1

Pharmacie GOLDFARB  
Marie 7 Rue de Maubeuge  
7 Rue de Maubeuge  
75009 PARIS  
Tel: 0148786584  
N° SIRET: 49336098300010  
Code NAF: 4773Z - FR90493960983  
FRANCE

## FACTURE

N°2276

Du 01/02/2021

Date de l'échéance 02/02/2021

CHIADMI Meryem  
33 rue lamartine  
75009 PARIS

Opérateur: MARIE G

Désignation Code produit	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total TTC
TREDEMINE CPR 05G 4 3400931077503 N° Ordonnancier : 333433	2	2,850	2,10%	5,82
Honor. dispens. HD7	2	0,999	2,10%	2,04

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
7,70	2,1% (4)	0,16	7,86
Total HT		Total TVA	Total TTC
7,70		0,16	7,86

Mode(s) de règlement

CB

7,86

Reste dû

0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1

123//1/FACTURATION/FACTURE/AAMQ/N/AAQd/N/AAMM/2 12 1 1 R11-177/0/B17/0106-R2 /162413

Pharmacie GOLDFARB  
Marie 7 Rue de Maubeuge  
7 Rue de Maubeuge  
75009 PARIS  
Tel: 0148786584  
N° SIRET: 49336098300010  
Code NAF: 4773Z - FR90493960983  
FRANCE

Nb 8378

Page 1 / 1

**FACTURE**

N°2275/251169

Du 01/02/2021

Date de l'échéance 02/02/2021

CHIADMI Meryem  
33 rue lamartine  
75009 PARIS

Prescripteur : COSEM \_  
N° AM : 750010555  
Opérateur: lea B

Désignation Code produit	Prest.	Taux Remb.	Qté	PUHT	Taux TVA	Montant Total TTC
TREDEMINE CPR 05G 4 3400931077503 N° Ordonnancier : 333440	PH7	0	2	2,850	2,10%	5,82
Honor. dispens. HD7	HD7	0	2	0,999	2,10%	2,04
Honor. dispens. HDR	HDR	0	1	0,500	2,10%	0,51

Montant HT	Taux TVA (*)	Montant TVA	Montant TTC
8,20	2,1% (4)	0,17	8,37
<b>Total HT</b>		<b>Total TVA</b>	<b>Total TTC</b>
8,20		0,17	8,37

Part AMO 0,00

Part AMC 0,00

Part Client 8,37

Mode(s) de règlement

CB 8,37

Reste dû 0,00

Montants exprimés en Euros

Membre d'un centre de gestion agréé par l'administration fiscale, acceptant à ce titre les règlements par chèques libellés à son nom

(u) indique les quantités unitaires

(\*) Les codes TVA: code 4: taux 2.1



# Trédémine® 500 mg

## comprimé à croquer

niclosamide

Voie orale

4 comprimés à croquer



3400931077503

**Lire la notice avant utilisation.**

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

**Précautions particulières de conservation :**

À conserver à une température ne dépassant pas 30°C

Médicament autorisé n° 34009 310 775 0 3

Titulaire

**MERUS LABS LUXCO II S.A.R.L.**

26 -28, rue Edward Steichen

L-2540 Luxembourg - LUXEMBOURG

Exploitant

**SERB**

40 Avenue George V

75008 Paris - FRANCE

**Trédémine® 500 mg,  
comprimé à croquer**



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

**Composition :**

Niclosamide anhydre ..... 500 mg  
pour un comprimé à croquer.

18FA405  
09/2021

LOT  
EXP



FR-H4003246

niclosamide

# Trédémine® 500 mg

## comprimé à croquer

980\_20161 ET

17

**Trédémine® 500 mg**  
**comprimé à croquer**

4 comprimés à croquer



# Trédémine® 500 mg

## comprimé à croquer

niclosamide

Voie orale

4 comprimés à croquer



3400931077503

**Lire la notice avant utilisation.**

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

**Précautions particulières de conservation :**

À conserver à une température ne dépassant pas 30°C

Médicament autorisé n° 34009 310 775 0 3

Titulaire

**MERUS LABS LUXCO II S.A.R.L.**

26 -28, rue Edward Steichen

L-2540 Luxembourg - LUXEMBOURG

Exploitant

**SERB**

40 Avenue George V

75008 Paris - FRANCE

**Trédémine® 500 mg,  
comprimé à croquer**



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

**Composition :**

Niclosamide anhydre ..... 500 mg  
pour un comprimé à croquer.

18FA405  
09/2021

LOT  
EXP



FR-H4003246

niclosamide

**Trédémine® 500 mg**  
comprimé à croquer

980\_20161 ET

17

**Trédémine® 500 mg**  
comprimé à croquer

4 comprimés à croquer

# Trédémine® 500 mg

## comprimé à croquer

niclosamide

Voie orale

4 comprimés à croquer



3400931077503

**Lire la notice avant utilisation.**

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

**Précautions particulières de conservation :**

À conserver à une température ne dépassant pas 30°C

Médicament autorisé n° 34009 310 775 0 3

Titulaire

**MERUS LABS LUXCO II S.A.R.L.**

26 -28, rue Edward Steichen

L-2540 Luxembourg - LUXEMBOURG

Exploitant

**SERB**

40 Avenue George V

75008 Paris - FRANCE

**Trédémine® 500 mg,  
comprimé à croquer**



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

**Composition :**

Niclosamide anhydre ..... 500 mg  
pour un comprimé à croquer.

18FA405  
09/2021

LOT  
EXP



FR-H4003246

niclosamide

**Trédémine® 500 mg**  
comprimé à croquer

980\_20161 ET

17.

**Trédémine® 500 mg**  
comprimé à croquer

4 comprimés à croquer

# Trédémine® 500 mg

## comprimé à croquer

niclosamide

Voie orale

4 comprimés à croquer



3400931077503

**Lire la notice avant utilisation.**

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

**Précautions particulières de conservation :**

À conserver à une température ne dépassant pas 30°C

Médicament autorisé n° 34009 310 775 0 3

Titulaire

**MERUS LABS LUXCO II S.A.R.L.**

26 -28, rue Edward Steichen

L-2540 Luxembourg - LUXEMBOURG

Exploitant

**SERB**

40 Avenue George V

75008 Paris - FRANCE

**Trédémine® 500 mg,  
comprimé à croquer**



**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

**Composition :**

Niclosamide anhydre ..... 500 mg  
pour un comprimé à croquer.

18FA405  
09/2021

LOT  
EXP



FR-H4003246

niclosamide

**Trédémine® 500 mg**  
comprimé à croquer

980\_20161 ET

17

**Trédémine® 500 mg**  
comprimé à croquer

4 comprimés à croquer



Prélèvement du : 30-01-2021  
Références : 2101302002  
Edition : 05-02-2021

Mme EL HAJJI RAJAA  
Date de naissance : 14-04-1962  
Age : 58 ans  
Code Patient : 1711012004  
Médecin : Dr SAHER H

## BACTERIOLOGIE

### COPROCULTURE:

#### Examen Macroscopique:

Consistance:	Molles
Couleur:	Marron

#### Examen Cytologique:

Leucocytes:	Absence
Hématies:	Absence
Cellules épithéliales:	Absence

#### Examen Microbiologique Direct:

Coloration de Gram :	Flore polymorphe avec prédominance de bacilles gram négatif.
Recherche de champignons:	Présence de nombreuses Levures

#### Cultures Microbiologiques

Cultures Bactériennes:	Absence de germes pathogènes (Salmonelle, Shigelle, Campylobacter et Yersinia)
Cultures Mycologiques:	Cultures positives à <i>Candida albicans</i> .

**CONCLUSION:** Présence abondante de *Candida Albicans* au niveau des selles.

## PARASITOLOGIE

### Examen Parasitologique des Selles

Référence : 2101302002

Mme EL HAJJI RAJAA

## PARASITOLOGIE 1er Jour

### Examen Macroscopique:

Consistance:	Molles
Couleur:	Marron
Présence de sang:	Absence
Glaïres:	Absence
Mucosités:	Absence
Pus:	Absence
Présence de formes parasitaires adultes:	Absence

### Examen Microscopique:

Leucocytes:	Absence
Hématies:	Absence
Cellules épithéliales:	Absence
Eléments fongiques:	Présence
Levures:	<b>Présence de nombreuses Levures</b>
Cristaux:	Absence
Résidus alimentaires:	Présence
Flore bactérienne	Flore polymorphe avec prédominance de bacille gram négatif.

### Examen parasitologique direct:

Etat frais:	<b>Présence de quelques kystes d'Entamoeba coli et de Blastocystis Hominis</b>
Après coloration au Lugol:	<b>Présence de quelques kystes d'Entamoeba coli et de Blastocystis Hominis</b>
Après coloration au MIF:	<b>Présence de quelques kystes d'Entamoeba coli et de Blastocystis Hominis</b>

### Examen parasitologique après concentration:

Méthode de MIF-concentration:	<b>Présence de quelques kystes d'Entamoeba coli et de Blastocystis Hominis</b>
-------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

CONCLUSION:	<b>Présence de quelques kystes d'Entamoeba coli et de Blastocystis Hominis</b>
-------------	--------------------------------------------------------------------------------

## PARASITOLOGIE Jour 2

Référence : 2101302002

Mme EL HAJJI RAJAA

### Examen Macroscopique:

Consistance:	Molles
Couleur:	Marron
Présence de sang:	Absence
Glaïres:	Absence
Mucosités:	Absence
Pus:	Absence
Présence de formes parasitaires adultes:	Absence

### Examen Microscopique:

Leucocytes:	Absence
Hématies:	Absence
Cellules épithéliales:	Absence
Eléments fongiques:	Présence
Levures:	<b>Présence de nombreuses Levures</b>
Cristaux:	Absence
Résidus alimentaires:	Présence
Flore bactérienne	Flore polymorphe avec prédominance de bacille gram négatif.

### Examen parasitologique direct:

Etat frais:	Présence de quelques kystes d'Entamoeba coli et de Blastocystis Hominis
Après coloration au Lugol:	Présence de quelques kystes d'Entamoeba coli et de Blastocystis Hominis
Après coloration au MIF:	Présence de quelques kystes d'Entamoeba coli et de Blastocystis Hominis

### Examen parasitologique après concentration:

Méthode de MIF-concentration:	Présence de quelques kystes d'Entamoeba coli et de Blastocystis Hominis
-------------------------------	-------------------------------------------------------------------------

CONCLUSION:	Présence de quelques kystes d'Entamoeba coli et de Blastocystis Hominis
-------------	-------------------------------------------------------------------------

### PARASITOLOGIE Jour 3



Référence : 2101302002

Mme EL HAJJI RAJAA

### Examen Macroscopique:

Consistance:	Pâteuses
Couleur:	Marron
Présence de sang:	Absence
Glaïres:	Absence
Mucosités:	Absence
Pus:	Absence
Présence de formes parasitaires adultes:	Absence

### Examen Microscopique:

Leucocytes:	Absence
Hématies:	Absence
Cellules épithéliales:	Absence
Eléments fongiques:	Présence
Levures:	<b>Présence de nombreuses Levures</b>
Cristaux:	Absence
Résidus alimentaires:	Présence
Flore bactérienne	Flore polymorphe avec prédominance de bacille gram négatif.

### Examen parasitologique direct:

Etat frais:	<b>Présence de quelques kystes d'Entamoeba coli et de Blastocystis Hominis</b>
Après coloration au Lugol:	<b>Présence de quelques kystes d'Entamoeba coli et de Blastocystis Hominis</b>
Après coloration au MIF:	<b>Présence de quelques kystes d'Entamoeba coli et de Blastocystis Hominis</b>

### Examen parasitologique après concentration:

Méthode de MIF-concentration:	<b>Présence de quelques kystes d'Entamoeba coli et de Blastocystis Hominis</b>
-------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------

### CONCLUSION:

**Présence de quelques kystes d'Entamoeba coli et de Blastocystis Hominis**

Demande validée biologiquement par : Dr. Yassine TAOUFIK

مختبر التحليلات الطبية  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. Y. TAOUFIK  
55, Avenue Ibn Sina Agdal - Rabat  
Tél.: 05 37 67 42 72 - Fax: 05 37 67 43 12  
Email : secretariat@immcell.com