

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 canalaires, 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 canalaires.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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



Déclaration de Maladie

N° W19-561252

6.8032

(A)

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8378

Société :

EL HAJJ RATHA

Date de naissance :

11-11-62

Adresse :

Scit 5, résidence Trouw à Puffles

Tél. :

06637 217 06

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

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

Cachet du médecin :

Date de consultation :

20/01/2014

Nom et prénom du malade :

El HAJJ RATHA

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 :

20/01/2014

Le : 20/01/2014

Signature de l'adhérent(e) :

ER

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-561252

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Praticien	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. Y. TAOUIK Dr. Ibn Sina Agad A272 - Fax: 0537614312 30 rue Ibn Sina 10000 Rabat S.M. 2021	30/11/21	B220+PS+P	230 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

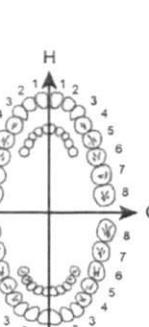
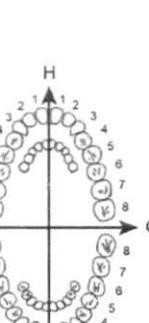
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 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		
		$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ G & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $			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"/>
		[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 Ghafiki Yazamane

Concernant votre dossier

IMMCELL
الطب
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

CASOENTEROLOGIE
DOCTEUR H. SAHER
Rue Abderrahmane El Ghafiki
Tél. : 05 37 77 89 09 - Fax : 05 37 77 89 11 - E-mail : hsaher@hotmail.com

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 :

30/01/2004

El HASSI LATFA

TRE DE NIVE 500 g

2 ccs le mat à J.

et 2 ccs un peu plus tard

min d'1 fin de fil

716 8378

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

Rue Abderrahmane El Ghafiki Résidence Yazamane 2, Imm. A - Appt. 05 - 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



103061180

FACTURE N° : 2101302002

Rabat le 30-01-2021

Mme RAJAA EL HAJJI

Date de l'examen : 30-01-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
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

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

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

De 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	2	2,850	2,10%	5,82
N° Ordonnancier : 333433				
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

N° 8378

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

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	PH7	0	2	2,850	2,10%	5,82
N° Ordonnancier : 333440						
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
Total HT		Total TVA	Total TTC
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

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

SERB



3400931077503

Trédémine® 500 mg

4 comprimés à croquer

FRM-M0071268

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 PRESCRIPTIONS
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

LOT 18FA405
08/2021



niclosamide

comprimé à croquer
Trédémine® 500 mg

980 20161 17

Trédémine® 500 mg

comprimé à croquer

niclosamide

Voie orale

4 comprimés à croquer

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

SERB



3400931077503

Trédémine® 500 mg

4 comprimés à croquer

FRM-M0071268

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 PRESCRIPTIONS
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

LOT 18FA405
08/2021



niclosamide

comprimé à croquer
Trédémine® 500 mg

980 20161 17

Trédémine® 500 mg

comprimé à croquer

niclosamide

Voie orale

4 comprimés à croquer

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

SERB



3400931077503

Trédémine® 500 mg

4 comprimés à croquer

FRM-M0071268

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 PRESCRIPTIONS
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

LOT 18FA405
08/2021



niclosamide

comprimé à croquer
Trédémine® 500 mg

980 20161 17

Trédémine® 500 mg

comprimé à croquer

niclosamide

Voie orale

4 comprimés à croquer

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

SERB



3400931077503

Trédémine® 500 mg

comprimé à croquer
4 comprimés à croquer

FRM-M0071268

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 PRESCRIPTIONS
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE - LISTE II

LOT 18FA405
08/2021



niclosamide

comprimé à croquer
Trédémine® 500 mg

980 20161 17

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 Candida albicans.

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:	Présence de nombreuses Levures
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 2

Page : 2/4

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:	Présence de nombreuses Levures
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

Page : 3/4

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:	Présence de nombreuses Levures
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
--------------------	--

Demande validée biologiquement par : Dr. Yassine TAOUIFIK

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

Page : 4/4