

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## iologie 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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## aladie 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

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](http://www.mupras.com)

N° M21- 0059763

ND:79057

Optique

Autres

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1070 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom ELHARRAM

H1070 6127

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.43.02.55.06 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : EL Harram Fatima Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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.

Autorisation CNDP N° : AAA-215 / 2019

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



4

2

## RELEVE 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
06.07.2021	fibroscopie	1650,00 DA + 2 PA 322,00 DA	1972,00 DA	46, Lot El Amra Clinique Hôpital de Yaoundé Berrechid N°6 03 38 25

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE BERRECHID</b> Imma MARRAKCHI PHARMACIENNE 93 Bd Mohamed V Berrechid Tél : 05 22 22 40 68	05/07/21	99,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p><b>D</b>r. Hind ALAYAWNA</p> <p>Anatomo-Cytopathologie</p> <p>Centre de Pathologie Ibn Zohr</p> <p>17 Louvre center n° 1 Angle</p> <p>Abdelmoumen et Bachir Lakhdar</p> <p>23 37 50 Fax: 0522 23 37 50</p>	06/07/81	-	400,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

ctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. GHAFIRI AICHA

الدكتورة غفيري عائشة

Ancien médecin à l'hôpital Mohamed Boaoufi

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد بوافي

Diplôme en échographie de l'université

دبلوم الفحص بالصدى من جامعة باريس ديكارت

Paris Descartes

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب والصيدلة

Diplôme en diabétologie

- الرباط -

Berrechid le .....

05/07/2021

برشيد في

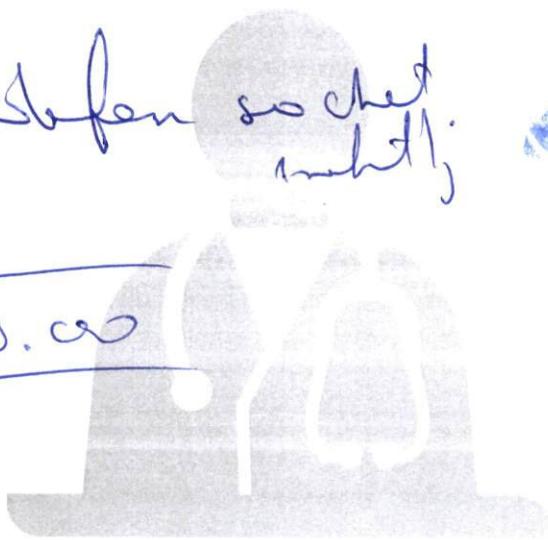
EL HARRAM FATHIMA

99.00

1 prescriften socht  
mehliz



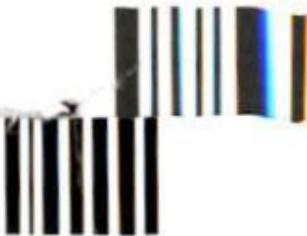
T: 99.00



**PHARMACIE BERRECHID**  
Halima MARRAKCHI PHARMACIENNE  
93 Bd Mohamed V Berrechid  
Tél : 05 22 32 40 68

**Docteur GHAFIRI AICHA**  
Médecine Générale  
185 Appt. N°2 Bd. Hassan Benou  
TABITE Hay Azahra - Berrechid

185 ، الطابق الثاني شارع حسان بن ثابت حي الزهراء برشيد : 05 22 51 62 62



III- P  
- D  
S  
- P  
c  
e

**PRODEFEN**  
Complément alimentaire

Lot : 116539  
Date de Fab : 06.2020  
Date de Pér : 06.2022  
PPC : 99 Dhs

#### VI- Avertissement :

- Prodefen contient des traces de soja et de dérivés lactés.
- Prodefen contient des traces de lait qui n'affectent pas les personnes intolérantes au lactose.
- Ne pas dépasser la dose quotidienne recommandée.
- Ne doit pas être utilisé comme substitut d'une alimentation variée et équilibrée et un mode de vie sain.
- Conserver dans un endroit frais et sec, loin de la lumière directe du soleil. Ne nécessite pas de réfrigération.
- Maintenir le produit hors de la portée des enfants.

Sans gluten  
Boîte de 10 sachets

**FABRICANT**  
Probiotics International Ltd.  
Lopen Head, Somerset  
TA13 5JH  
Royaume Uni

**DISTRIBUTEUR**  
**VERSALYA S.A.**  
ZONE INDUSTRIELLE LOT 149. HAD SOUALEM.  
PROVINCE BERRECHID.  
MAROC.

 **Versalya**  
La femme et son enfant

Ancien médecin à l'hôpital Mohamed Boaifi

طبيبة داخلية سابقة بمستشفى محمد بوافي

Diplôme en échographie de l'université

دبلوم الفحص بالصدى من جامعة باريس ديكارت

Paris Descartes

دبلوم مرض السكري من جامعة الطب والصيدلة

Diplôme en diabétologie

- الرباط -

Berrechid le ..... 05/07/2015 ..... برشيد في

ER ALIMENTATION

VILLE CHOUA

→ Echographie

⇒ ER MAMMO

185 N°1 N°2 Bd. Hassan Ben  
TABIE Hay Azahra - Berrechid  
Docteur GHAFIRI AICHA

40  
30  
20  
10  
0  
Berrechid  
Boulevard Hassan II  
Hay Azahra  
Casablanca  
Maroc

0009401

Reçu le : 26/07/2021 Labo : IBNO 2011 N

Sexe : F  M

Nom : EL HARRAK

Prénom : FATHIA

Né(e) le :

Nature de Prélèvement :

BIO

Renseignements cliniques :

DA HASSEINI ZINEB

Montant Total :

400,00

Montant payé :

400,00

Reste :

0,00

Retrait le :

15/8

# LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

## DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Ordonnance du docteur :

Nom et prénom : Sltarlam Fatima MR  MME  MLLÉ  ENF

Age : 63 ans

Référence :

Siège et nature du prélèvement : Pylore + fundus

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin  Exocol  Endocol  Endometre

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques :

Epigastre algés. Vernis émoussé chimiques.

Tuqueux, cédermatée exulcérée erythémateux déviant le pylore pylorique + sangastique

Radiographies :

**Hind ALATAWNA**  
Laboratoire d'Anato-cyto-pathologie  
Centre de Pathologie Ibn Rochd  
1 Louvre center n° 1 Angle Bd  
El Mansour et Bachir Latouf  
0522.99.37.50 Fax: 0522.23.38

Date : 12/02/21

Signature : 120221

RECU LE : 06/07/2021  
EDITE LE : 09/07/2021

NOM & PRENOM : EL HARRAM FATIMA  
PRESCRIPTEUR : DR HASSINI ZINEB  
Age : 63 ANS  
N/REF : H10706127

**Nature du prélèvement :** Pylore+Fundus

**Renseignements cliniques :** Epigastralgies. Vomissements chroniques.  
Muqueuse pylorique oedematisée exulcérée érythémateuse  
slénosant le pylore + Pan gastrite.

### COMPTE RENDU

Reçu six fragments d'une muqueuse de type antro-pylorique, mesurant entre 2 et 3mm.  
Ils sont inclus en totalité et examinés sur des niveaux de coupe étagés.

Le volume glandulaire global semble légèrement atrophique.

Les structures épithéliales de surface et glandulaires sont partout normosécrétantes et bien différenciées, sans lésion dysplasique. Présence d'une métaplasie intestinale minime.

Le chorion fibreux abrite un infiltrat inflammatoire d'intensité modérée, polymorphe, composé essentiellement de lymphocytes et de plasmocytes associés à de rares neutrophiles. Il n'a pas été vu d'exocytose à polynucléaires au sein du revêtement des glandes.

La coloration du Giemsa montre la présence d'HP ++ au sein du film muqueux de surface et dans le fond des cryptes.

### CONCLUSION :

**Gastrite chronique antro-pylorique modérée, atrophique minime, à activité minime, sans dysplasie, avec métaplasie intestinale minime et présence d' HP ++.**

Signé : Dr. Hind ALATAWNA

**Dr. Hind ALATAWNA**  
Anatomo-Cyto-Pathologiste  
Centre de Pathologie Ibn Zohr  
17 Louvre center, 11 Angle  
Bd. Abdelmoumen et Bachir Lalej, Casablanca  
Tel: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 35 53

RECU LE : 06/07/2021  
EDITE LE : 09/07/2021

NOM & PRENOM : EL HARRAM FATIMA  
PRESCRIPTEUR : DR HASSINI ZINEB  
Age : 63 ANS  
N/REF : H10706127

Nature du prélèvement : Pylore+Fundus

Renseignements cliniques : Epigastralgies. Vomissements chroniques.  
Muqueuse pylorique oedematiée exulcérée érythémateuse  
slénosant le pylore + Pan gastrite.

### COMPTE RENDU

Reçu six fragments d'une muqueuse de type antro-pylorique, mesurant entre 2 et 3mm.  
Ils sont inclus en totalité et examinés sur des niveaux de coupe étagés.

Le volume glandulaire global semble légèrement atrophique.

Les structures épithéliales de surface et glandulaires sont partout normosécrétantes et bien différenciées, sans lésion dysplasique. Présence d'une métaplasie intestinale minime.

Le chorion fibreux abrite un infiltrat inflammatoire d'intensité modérée, polymorphe, composé essentiellement de lymphocytes et de plasmocytes associés à de rares neutrophiles. Il n'a pas été vu d'exocytose à polynucléaires au sein du revêtement des glandes.

La coloration du Giemsa montre la présence d'HP ++ au sein du film muqueux de surface et dans le fond des cryptes.

### CONCLUSION :

Gastrite chronique antro-pylorique modérée, atrophique minime, à activité minime, sans dysplasie, avec métaplasie intestinale minime et présence d' HP ++.

Signé : Dr. Hind ALATAWNA

Dr. Hind ALATAWNA  
Anatomo-Cyto-Pathologiste  
Centre de Pathologie Ibn Zohr  
17 Louvre center n° 1 Angle  
Bd. Abdelmoumen et Bachir Latifi Casablanca  
Tél: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 35 11

# CENTRE DE PATHOLOGIE IBN ZOHR

Casa le 06/07/2021

FACTURE N°21/1615

**NOM ET PRENOM : EL HARRAM FATIMA**

**Nature du prélèvement : Pylore-Fundus**

**Date du prélèvement : 06/07/2021**

**Montant de : 400 DHs**

**Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cents dirhams.**

**Signé :**

*Dr. Hind ALATAWNA  
Anatomo-Cyto-Pathologiste  
Centre de Pathologie Ibn Zohr  
17 Louvre centre n° 1 Angle  
Bd. Abdelmoumen et Bachir Latoud, Casa  
Tél: 0522 23 37 50 Fax: 0522 23 22 53*

**Patente N° 34708372 ICE :001864938000053 INPE :091151944**

**IF : 40479364**

---

17 , Louvre centre, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Bachir El Alj, App : N°1  
(Tramway ,Station Abdelmoumen)- Casablanca

BERRECHID, le 06/07/2021

## FOGD

**NOM/PRENOM: El Harram Fatima**

**AGE: 63 ANS**

**RC : Epigastralgies chroniques + vomissements chroniques**

### C.R.E:

#### ŒSOPHAGE

Cardia en place

Muqueuse œsophagienne érythémateuse sur toute son étendue

#### ESTOMAC

Plis fundiques conservés s'effaçant bien à l'insufflation

Muqueuse fundique érythémateuse (biopsies)

Muqueuse antrale érythémateuse (biopsies)

Muqueuse pylorique parait œdématiée congestive érythémateuse exulcérée sténosant le pylore (biopsies)

#### CONCLUSION

Œsophagite non sévère

Pangastrite érythémateuse

Sténose d'allure inflammatoire du pylore

Dr. ZAOUIAZI  
Spécialiste en Hépato-Gastro-entérologie  
El Marsout, Route de Vélez, 2ème Etage, 20100  
Tél: 0522 03 05 70

مصحة ابن زهر  
Clinique IBN ZOHR  
46, Lot El Amal - Berrechid

## Billet de sortie

**NOM : EL HARRAM**

**PRENOM : FATIMA**

**DATE D'ENTREE : 06/07/2021**

**DATE DE SORTIE : 06/07/2021**

**MEDECIN TRAITANT : DR HASSINI**

**DIAGNOSTIC : FIBROSCOPIE**

مصحة ابن زهر  
Clinique IBN ZOHR  
46, Lot El Amal - Berrechid

Berrechid le : 06.09.2014

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

## ETABLISSEMENT

Désignation  CLINIQUE IBN ZOHR	INPE et code à barres:  0   6   0   0   6   2   7   1   8
Adresse  46 Lot EL Amal Berrechid Tél 05 22 32 58 83 Fax 05 22 32 58 84	

## BENEFICIAIRE DES SOINS

## ASSURE

Nom et prénom :  EL HARRAM FATIMA	Nom et prénom de l'assuré(e) :  EL HARRAM FATIMA	
Sexe: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		
Date de naissance  0   1   0   1   1   9   5   8	Organisme gestionnaire d'assurance maladie	MUPRAS
CIN:      B   6   0   7   1   7   3	CIN:      B   6   0   7   1   7   3	
Lien de parenté avec le bénéficiaire des soins  <input checked="" type="checkbox"/> assuré(e) <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant		

## INFORMATION MEDICALE

Durée hospitalisation	0   6	0   7	2   0   2   1	0   6	0   7	2   0   2   1	Date de sortie
Libellé et nature des soins:  FIBROSCOPIE	Nom et Pénom du médecin traitant:  DR HASSINI ZINEB						
	INPE et code à barres:  0   6   1   2   4   6   1   2   0						

Fait à : BERRECHID

Le: 10 | 6 | 10 | 7 | 2 | 0 | 2 | 1

cachet de l'établissement

CLINIQUE IBN ZOHR  
46, Lot EL Amal - Berrechid

Signature et cachet du médecin traitant

DR HASSINI ZINEB  
Gastro-Enterologist  
Ahmed Berrechid  
N° 58 08 38 25

Berrechid le : 06.07.2021

FACTURE N°		B60717344383 21		
Assuré		Bénéficiaire des soins		
Nom prénom	EL HARRAM FATIMA	Nom prénom	EL HARRAM FATIMA	
N° CIN	B607173	N° CIN	B607173	
N° immatriculation		<input checked="" type="checkbox"/> Assuré	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
N°DOSSIER		Date Entrée	06/07/2021	Date Sortie
Diagnostic		FIBROSCOPIE		

Acte opératoire

DESIGNATION	Lettre-clé/Coef	Forfait Acte	
FIBROSCOPIE	FORFAIT		1 650,00

les honoraires

PARTIE CLINIQUE	Nombre jours	PU	Tarif
visite anesthésiste réanimateur	1	300	300,00

Arrêté la présente facture présent à la somme totale de	1 950,00
(en Dirhams et en toutes lettres)	MILLE NEUF CENT CINQUANTE

VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE



مصحة ابن زهر  
CLINIQUE IBN ZOHR

Berrechid le : 06/07/2021

**CLINIQUE IBN ZOHR**

INPE, code à barres

0 | 6 | 0 | 0 | 6 | 2 | 7 | 1 | 8

**ESTIMATION N°**

**Organisme Gestionnaire d'Assurance Maladie**

99 / C / 2021

**Assuré**

**Nom & Prénom**

**N° CIN**

**N° immatriculation**

**Bénéficiaire**

**Nom & Prénom** EL HARRAM FATIMA

**N° CIN**

Assuré(e)  Conjoint  Enfant

**Médecin consultant : DR HASSINI**

**Médecin correspondant :**

**N° TEL**

**ACTES D'EXPLORATION MEDICALE**

Désignation	Qté	PU	Montant
CPA	1	300,00	300,00
FIBROSCOPIE	1	1 650,00	1 650,00
<b>TOTAL</b>			<b>1 950,00</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>			<b>1 950,00</b>

**Arrêté la présente facture en Dirhams et en toutes lettres:**

**TOTAL GENERAL**

**MILLE NEUF CENT CINQUANTE**

**VISA ET CACHET DE LA CLINIQUE**

PHARM

CLINIQUE IBN ZOHR  
El Amal - Berrechid

1/1

Berrechid le : 06.07.2021

Docteur: HASSINI ZINEB  
GASTROLOGUE

## NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom de la patiente : EL HARRAM FATIMA

Désignation	COTATION	Montant des honoraires (DH)
FIBROSCOPIE	FORFAIT	800,00

Arrêté la présente note d'honoraires à la somme totale de :	HUIT CENT
---	-----------

SIGNATURE ET CACHET

Dr. Zineb HASSINI  
Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie  
Arabe Dr. Zineb HASSINI et rue Yacoub  
El Mousour, Résidence Ahmed Berrechid  
Tél: 0522 03 05 50 - 06 61 08 33 25