

## 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


M22- 0030351

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2924 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 161288  
Nom & Prénom : LAHYANE EL HADJ  
Date de naissance : 01/01/48  
Adresse : 03 Dokkennat Omani 4 Rue Soltana 2  
Bd Omar Ben KHATTAB Sidi Moumen Casa  
Tél : 06.72.70.65.43 Total des frais engagés : 900 DH + 387.6004 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : 9/5/2023  
Nom et prénom du malade : LAHYANE EL HADJ Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection longue durée  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

### 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

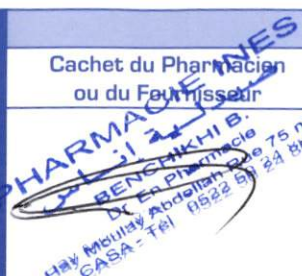
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



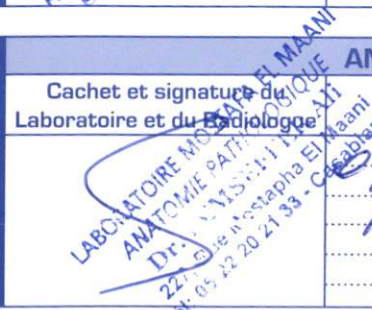
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes                    |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 9/5/2023        | c                 |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 09/05/23 | 38116c                |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue                              | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 09/05/23 | 2409                         | 9090                   |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

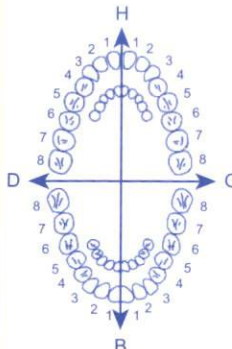
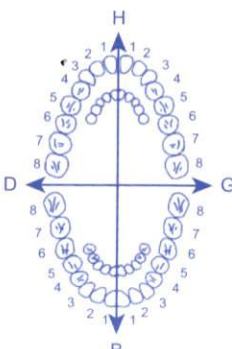
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins                         | Coefficient                             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|--|--|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|--|
|   |  |  |   | 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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |  | H                                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  | Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> |  |
|  | H  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | 25533412   | 21433552                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | 00000000   | 00000000                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | D  | G  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | 00000000   | 00000000                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | 35533411   | 11433553                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | B  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|  | [Création, remont, adjonction]<br>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

# Professeur R. ISMAIL

Médecin Spécialiste

Maladies de l'Appareil Digestif

Maladies du Foie

Proctologie Médico-Chirurgicale

Endoscopie Digestive

Echographie - Nutrition Clinique

Ex. Professeur de l'Enseignement Supérieur

à la Faculté de Médecine - Casablanca



# البروفيسور ر. إسماعيل

طبيب اختصاصي

أمراض الجهاز الهضمي

أمراض الكبد - أمراض وجراحة المخرج

التشخيص بالمنظار الداخلي

الفحص بالصدى - التغذية

أستاذ جامعي سابقا

بكلية الطب - الدار البيضاء

9/15/2023

123,60

123,60

123,60

Inexium

40

123,60

73,80

21,00

x 2

HEPANAL

142,2

142,2

142,2

381,60

PROFESSEUR R. ISMAIL  
GASTRO-ENTEROLOGUE-CASA  
Tél: 05 22 47 27 36  
ICE: 001714242000083

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubair hrou al ouam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg Cpr GR  
Boîte 14  
641150MP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH  
6 118001 020607

هيپانات  
40 قرص 73,80 DH  
A consommer de  
préférence avant fin: 01/2026  
Lot n° 20261

22169 PER:11/2025  
PPV:21,00 DH

22169 PER:11/2025  
PPV:21,00 DH

maphar  
Boulevard Akimia n°8  
Quartier Industriel Sidi Belmoudes Casablanca - Maroc  
FORTTRANS SAC B4  
P.P.V.: 142,20 DH  
6118001181209





**LABORATOIRE MOSTAFA EL MAANI**  
**Anatomie Pathologique - Cytopathologie**  
**Examens Extemporanes - Immunomarquage**



Dr. Ali LEMSEFFER

Casablanca, le **09/05/2023**

## NOTE D'HONORAIRES

Facture N° : **23/1364**

M<sup>me</sup> - M<sup>r</sup> **LAHYANE El Hadj**

Veillez trouver la note d'honoraire concernant les analyses médicales d'examens Histo-Cytopathologiques faits au laboratoire et demandées par Pr. **ISMAIL R.**

Réf. Anapath. **23.E.112**

Le montant s'élève à **≠ 900,00.Dh.**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

**Neuf Cents Dirhams.**

LABORATOIRE MOSTAFA EL MAANI  
ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
Dr. LEMSEFFER Ali  
227, Rue Mostafa El Maâni  
Tél: 05 22 20 21 33 - Casablanca



# LABORATOIRE MOSTAFA EL MAANI

Dr Ali LEMSEFFER  
Anatomopathologiste



## DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Nom et prénom : LAHYANE El Hdj Age : Ne en 1948

Ordonnance du Docteur : .....

Référence : .....

Siège et nature du prélèvement : 2c = TP

Renseignements cliniques et paracliniques : Ex colo N

Bips ① Esb - c  
② colm

Frottis de dépistage : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐ Endometre ☐

- Date des dernières règles :

- Parité :

Date :

le 9/10/2023

Signature :

[Signature]  
PROF. R. ISMAIL  
Généraliste - Gynécologue - Casa  
Tél. 05 22 21 33 - Fax 05 22 21 91  
INPEL 091479137



# LABORATOIRE MOSTAFA EL MAANI



*Anatomie Pathologique - Cytopathologie*  
*Examens Extemporaneés - Immunomarquage*

Casablanca, le 12/05/2023

**Date de naissance** : 1948  
**Date d'arrivée** : 09/05/2023  
**Organe** : Estomac + Colon.  
**V. Réf** : -

**Identité** : LAHYANE El Hadj  
**Adressé par** : Pr. ISMAIL R.  
**Réf. Anapath.** : 23.E.112

**Renseignements Cliniques :**

TFD.

Fibro Colo N.

**Biopsies** : 1) Estomac 2) Colon

**PROTOCOLE MACROSCOPIQUE :**

On reçoit, fixés et différenciés en deux flacons, trois fragments biopsiques, mesurant chacun moins de 0.3 cm de plus grande dimension.

**Prélèvements** : 1. Estomac : en totalité. 1c  
2. Colon : en totalité. 1c

**PROTOCOLE MICROSCOPIQUE :**

1. Fragment de muqueuse gastrique tapissée en surface d'un épithélium unistratifié formé de cellules mucosécrétantes indemnes d'atypie cytologique.

Les glandes sont revêtues d'un épithélium cubique unistratifié, composé de cellules ne présentant aucune anomalie nucléocytoplasmique.

La lamina propria présente un aspect modérément congestif. Elle est le siège d'un infiltrat inflammatoire minime constitué de cellules lymphoplasmocytaires.

Pas de lésion atrophique ou de métaplasie intestinale observées.

Absence d'*Helicobacter Pylori* à la coloration de Giemsa.

2. Prélèvements de muqueuse colique composée de glandes arrondies de taille et de forme régulières. Elles sont revêtues d'un épithélium unistratifié, normocrine, formé de cellules cylindriques exemptes de toute atypie cytologique.

Le chorion contient un infiltrat inflammatoire minime constitué d'éléments mononucléés.

Pas de lésion spécifique notée.

**CONCLUSION :**

**1. GASTRITE CHRONIQUE CONGESTIVE. ABSENCE D'HELICOBACTER PYLORI.**

**2. DISCRETE COLITE CHRONIQUE NON SPECIFIQUE.**

Signé : Dr Ali LEMSEFFER

LABORATOIRE MOSTAFA EL MAANI  
ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
Dr. LEMSEFFER Ali  
227, Rue Mostapha El Maani  
Tél: 05 22 20 21 33 - Casablanca



Clinique jumelée au centre  
européen de chirurgie endoscopique  
jeanne d'arc de lyon



مصحة متوأمة بالمركز  
الأوربي للجراحة الاندوسكوبية  
جان دارك بليون

## COLOSCOPIE

**Mr LAHYANE El Hadj**

09/05/2023

Opérateur : Pr R.ismail

Appareil : Olympus

Anesthésie colo : Neuroléptnalgésie

Lieu : Clinique Andalous

### Clinique

Douleurs abdominales avec troubles du transit.

### Examen

Préparation colique par Fortrans, de qualité satisfaisante.

Progression jusqu'au coecum.

Les différents segments coliques examinés, présentent une muqueuse d'aspect normal, sans tumeur, ni polype, ni autre lésion.

Biopsies étagées systématiques.

### Conclusion

Coloscopie normale.

PROFESSEUR R. ISMAIL  
GASTROENTEROLOGUE-CASA  
ICE:001714242000083  
INPE:001079137

**Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24**

19, Bd, Driss SLAOUI (Ex Temara) - Anfa - Casablanca - Fax.05 22 39 39 43: الفاكس - Tél. 05 22 36 27 27 (L.G) : الهاتف - أنفا - الدار البيضاء - 19 شارع ادريس السلاوي (تمارة سابقاً) -

IF : 01004447 - CNSS : 6234752 - Patente : 35605793

Clinique jumelée au centre  
européen de chirurgie endoscopique  
jeanne d'arc de lyon



مصحة متوأمة بالمركز  
الأوربي للجراحة الاندوسكوبية  
جان دارك بليون

## FIBROSCOPIE OESOGASTRODUODÉNALE

Mr LAHYANE El Hadj

09/05/2023

Pr R.ismail

Appareil : Olympus

Anesthésie fibro : Neurolept

Lieu : Clinique Andalouss

### Clinique

Troubles dyspeptiques.

### Examen

Oesophage

Muqueuse cardioœsophagienne normale.

Cardia muqueux en place à 39 cm des arcades dentaires..

Estomac

Lac muqueux clair.

Muqueuse fundique et son plissement normaux.

Muqueuse antrale normale.

Pylore facilement franchi.

Bulbe

Muqueuse et morphologie normales.

Duodénum post-bulbaire

Muqueuse normale.

### Conclusion

Endoscopie haute normale.

Biopsies antrales systématiques à la recherche d'*Helicobacter pylori*.

PROFESSEUR R. ISMAIL  
GASTROENTEROLOGUE-CASA  
ICE:00171424000083  
INPE:001079137

Réanimation intensive • Radiologie polyvalente 24/24