

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.



Déclaration de Maladie

M23-0023139

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4214 Société : E.A.7
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ABDEUACUI HADDOUVE
Date de naissance : 1953
Adresse : Villa 72 lot Ann Drah TI Ann Drah Casablanca
Tél. : 0662 780571 Total des frais engagés : 2900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Cuplomb / C.F.E

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

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Casablanca Le : 13 / 11 / 2013
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
	Comptes à traiter selon n° 14/11.48/21			total 2900,00 € Frais C.F.E 200 €
	100% base de 14-48			

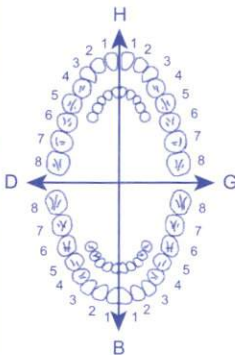
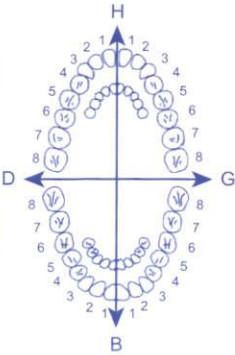
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

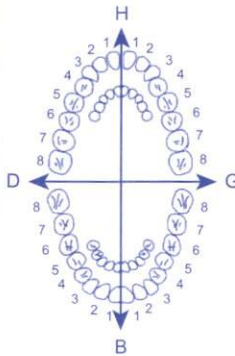
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

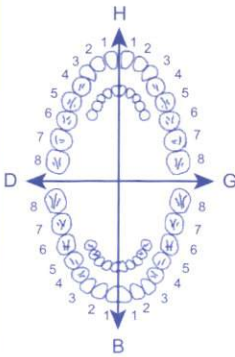
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient								
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							
					MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>						
				DEBUT D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							
				FIN D'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>						
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> D </div> <div style="text-align: center;"> G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> </div> <div style="text-align: center;"> B </div> </div>			25533412	21433552		00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552										
00000000	00000000										
00000000	00000000										
35533411	11433553										
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											
				DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							
				DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px; margin-left: 10px;"></div>							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div><div>H</div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D</div></div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div><div>G</div></div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Caisse des Français de l'Étranger

160 RUE DES MEUNIER
CS 70238 RUBELLES 77052 MELUN CEDEX
Tél. : 33 1 64 14 62 62
www.cfe.fr

MR ABDELLAOUI HAMDOUNE
VILLA 72 LOTISSEMENT AIN DIAB II
ANFA
20180 CASABLANCA
MAROC

Rubelles, le 08/11/2023

AVIS DE REGLEMENT

Page 1

N°	Dates	Détail des prestations	Dépense réelle en Euros	Eléments de calcul					Montant du remboursement
				Prix unitaire	Coef.	Nbre	Base de rembt	Taux	
1	ASSURE : HAMDOUNE - Maladie (100%)								
	17/10/2023	ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE	27,72	25,00		1	25,00	100	25,00
	24/10/2023	ETR : BIO. ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE	54,96			1	54,96	65	35,72
	24/10/2023	ETR : FOURNITURES ET APPAREILLAGES	13,74			1	13,74	78	10,72
	24/10/2023	ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX	151,14			1	151,14	72	108,82
	31/10/2023	ETR : PHARMACIE	20,56			1	20,56	100	20,56
	TOTAL DU DECOMPTE	REFERENCE : 20231108362028 -E	NUMERO DE DEMANDE : 230975355						200,82

Montant total payé en Euros

200,82

Merci d'attendre quelques jours avant de formuler une réclamation si ce décompte n'intègre pas toutes les factures adressées par un même envoi postal. Il peut effectivement arriver que le remboursement de vos dépenses médicales intervienne à quelques jours d'intervalle en fonction de la nature des soins facturés.

Notre procédure de remboursement diffère en fonction du lieu de réalisation des soins. En cas d'envoi simultané de vos feuilles de soins (réalisés en France et à l'étranger), vous recevrez des décomptes séparés, une fois les remboursements effectués.

Lorsque vous déposez en ligne vos demandes dans votre Espace Personnel, vous devez garder les documents originaux pendant une période maximum de 27 mois à partir de la date de vos soins.

Les expatriés et leurs ayants droit assurés à la CFE ne sont pas concernés par les dispositions relatives au parcours de soins en France et n'ont pas à choisir de médecin traitant, ni à le consulter avant une visite chez un spécialiste. Les dépassements d'honoraires, prévus en cas de non-respect du parcours de soins en France ne leur sont pas applicables. (circulaire ministérielle n°2005-275 du 27/05/05)

Assuré N° de Sécurité Sociale : 1 53 52 99 350 747 76

Règlement Référence : 20231108362028

Destinataire : MR OU MME BRICE ABDELLAOUI

Mode : Virement SEPA

Compte : FR56 3000 2083 3400 0002 6827 D48

Nom : ABDELLAOUI

Prénom : HAMDOUNE

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS A L'ÉTRANGER

Réservée à l'usage exclusif des adhérents de la CFE – A ne pas utiliser pour les soins reçus en France

Pour vous aider à renseigner cette feuille de soins, vous êtes invité(e) à vous référer aux conseils pratiques en bas de cette page

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (obligatoire) :

1 5 3 5 2 9 9 3 5 0 7 9 7 7 6

NOM (en capitales) :

ABDELLAH

Date de naissance :

10/10/1973

Prénom :

HANOUANE

Pays où ont été dispensés les soins :

ALGERIE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MALADE (s'il ne s'agit pas de l'adhérent)

NOM (en capitales) :

Date de naissance :

/ /

Prénom :

Exerce-t-il actuellement une activité professionnelle ?

☐ Oui

☐ Non

⇒ Si oui, laquelle ?

Est-il retraité ?

☐ Oui

☐ Non

A-t-il des ressources personnelles de quelque nature que ce soit ?

☐ Oui

☐ Non

Je m'engage à signaler tout changement dans la situation de cet ayant-droit

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES SOINS (s'il ne s'agit pas de maladie)

☐ Accident causé par un tiers, indiquez la date :

/ /

☐ Accident de travail, indiquez la date :

/ /

☐ Maternité, indiquez la date de conception :

/ /

(si vous ne l'avez pas envoyée, joignez votre déclaration médicale de grossesse)

MODALITÉS DE REMBOURSEMENT

Les remboursements sont effectués systématiquement selon les modalités habituelles.

Signaler tout changement d'adresse et de domiciliation bancaire (RIB à joindre)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document et m'engage à signaler à la CFE toute modification de ma situation et notamment tout changement de pays.
Les fraudes ou fausses déclarations exposent à l'application de pénalités, à la radiation, à des peines d'amende et/ou d'emprisonnement (articles L766-1-3 et L766-2-2 du code de la Sécurité Sociale – articles 313-1, 313-2-5, 441-1 et 441-6 du code pénal).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des dossiers de sécurité sociale des Français de l'étranger. Les destinataires des données sont : les organismes de protection sociale français, les caisses de retraite, les organismes gestionnaires de complémentaire santé, le ministère des Affaires étrangères, les établissements et professionnels de santé, les employeurs mandatés et les organismes bancaires. Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant, que vous pouvez exercer en vous adressant au responsable de traitement :

Monsieur le Directeur de la CFE, CFE RELATION CLIENT – 160 rue des Meuniers – 77950 RUBELLES – France

Signature :



RENOUVELLEMENT DES FEUILLES DE SOINS (imprime téléchargeable sur notre site www.cfe.fr, rubrique « vos imprimés »)

Pour obtenir des feuilles de soins dispensés à l'étranger, indiquez le nombre souhaité :

IMPORTANT : CONSEILS PRATIQUES AUX ADHÉRENTS

● Utilisez une feuille de soins par malade.

● Complétez obligatoirement cette 1^{ère} page : tous les éléments doivent être renseignés pour le bon traitement de votre demande. N'omettez pas d'indiquer votre numéro de sécurité sociale et de signer la feuille de soins. Le verso doit également être complété par vos soins.

● Pour être remboursé(e), joignez systématiquement à la présente feuille de soins les éléments ci-dessous :

- ⇒ les factures originales détaillées et acquittées attestant du paiement pour chacune des dépenses.
- ⇒ les prescriptions médicales (avec nom et prénom du malade) pour les frais suivants : médicaments, analyses médicales, appareillage, actes en série, frais d'optique.
- ⇒ ainsi que, en cas de traitement en série, un état de frais indiquant toutes les dates de soins (massages par exemple).

● Dans tous les cas, le remboursement des feuilles de soins est subordonné à l'acquit de vos cotisations à la date des soins.

● Pensez à joindre un RIB lors de votre 1^{er} envoi de feuille(s) de soins.

● Pour tout renseignement complémentaire, consultez le site de la CFE : www.cfe.fr

ÉTAT DÉCLARATIF A COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT POUR LES SOINS RECUS A L'ETRANGER
QUEL QUE SOIT LE PAYS DE DISPENSE DES SOINS

Malade : NOM : AB. della. Ami PRENOM : H. M. DOUNE DATE DE NAISSANCE : 10/11/01/1951

Détails des actes médicaux

Tel: 05 22 22 51

Nom du praticien
de l'établissement

Date des soins

Montant réglé
en monnaie
locale

Montant
éventuellement
pris en charge par
l'organisme local

CONSULTATION(S)

- ☐ Généraliste ☒ Spécialiste
☐ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile
- ☐ Généraliste ☐ Spécialiste
☐ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile
- ☐ Généraliste ☐ Spécialiste
☒ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile
- ☐ Généraliste ☐ Spécialiste
☐ Au cabinet / En établissement ☐ Au domicile

17/10/23

300,00

21/10/23

200,00

24/10/23

1800,00

CARDIOLOGIE

- ☐ Électrocardiogramme (ECG)
- ☐ Électrocardiogramme + test d'effort (EFF)
- ☐ Autre acte, à préciser :

1/1/1

1/1/1

1/1/1

ACTE(S) D'IMAGERIE

- ☐ Radiographie, zone à préciser :
- ☐ Radiographie panoramique
- ☐ Mammographie : ☐ Unilatérale ☐ Bilatérale
- ☐ Scanner
- ☐ IRM
- ☐ Électroencéphalogramme
- ☐ Echographie, zone à préciser :
- ☐ Autre, à préciser :

1/1/1

1/1/1

1/1/1

1/1/1

1/1/1

1/1/1

1/1/1

1/1/1

ACTE(S) DISPENSÉ(S) PAR UN AUXILIAIRE MÉDICAL (Kinésithérapeute, infirmier(e), orthophoniste...)

Date de la prescription : 1/1/1

Traitement dispensé du 1/1/1 au 1/1/1

Nombre de séances dispensées :

Description du traitement :

ANALYSES DE LABORATOIRE

Date de la prescription : 1/1/1 Date d'exécution : 24/10/23

Date de la prescription : 1/1/1 Date d'exécution : 1/1/1

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription : 13/11/23 Date de délivrance : 13/11/23

Date de la prescription : 1/1/1 Date de délivrance : 1/1/1

Date de la prescription : 1/1/1 Date de délivrance : 1/1/1

Date de la prescription : 1/1/1 Date de délivrance : 1/1/1

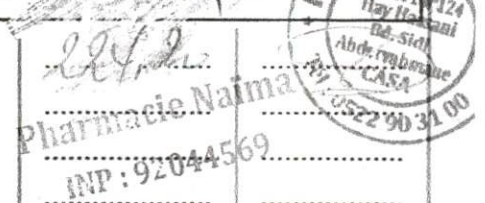
Date de la prescription : 1/1/1 Date de délivrance : 1/1/1

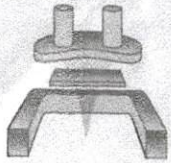
AUTRES FRAIS DE SANTÉ

Description des frais facturés :

1/1/1

1/1/1





Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraqoui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr. Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr.
Nom et Prénom du Patient
Age
Date du prélèvement
Référence
Renseignements cliniques et paracliniques Femmes : ménopausée Aléptique
hystérectomie (1)
hystérectomie (1)
Siège du prélèvement
Nature de l'acte réalisé
Thérapeutique préalablement instituée
Actes chirurgicaux antérieurs avec références
Biopsie antérieure : Oui ☐ Non ☐
Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles
- Parité
- Thérapeutique antérieure ou en cours
- Durée du cycle
- Frottis monocouche : Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol ☐
- Frottis conventionnel : CBE : Endomètre ☐

Signature et Cachet

DOCTEUR MOHAMED SLAOUI
Spécialiste en Hépatologie - Gastro - Entérologie



دكتور محمد السلاوي
تخصص في أمراض المعدة والأمعاء والكبد والبواسير

Casablanca, le 31 OCT 2023 في الدار البيضاء

N: Abdelkader Hamdoune

25.10
TOMAFER

20 en phase chronique de l'ère

58.50x2

HYDROXO 1000mg

x 3m

1gt 1m tout les 3 mois

82.10

si besoin

x 1au

* INOXIM 204

224.20



Docteur Mohamed Slaoui
Spécialiste en Hépatologie - Gastro - Entérologie
Praticien en Gastro - Entérologie - Chirurgie
82, rue Soumaya, angle boulevard Abdelmoumen - 2^e étage, imm. « Fiat - Jeep », quartier Palmiers - Casablanca, Maroc
Tél. : 05.22.22.51.31 - Fax : 05.22.22.50.90
E-mail : slaouimed.doc@gmail.com

زرقعة سومية، زاوية شارل غدار، الطابق الثاني، الدار البيضاء، المغرب
82, rue Soumaya, angle boulevard Abdelmoumen - 2^e étage, imm. « Fiat - Jeep », quartier Palmiers - Casablanca, Maroc
Tél. : 05.22.23.78.83 | 06.98.97.17.15 - Fax : 05.22.22.50.90 - Urgence : slaouimed.doc@gmail.com | Clinique Longcharr
محطة طرامواي وفا سلف عبد المومن

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 24-10-2023

Facture N° 07408/23

A. Identification

N° Dossier : CLC23J24080742

N° Identifiant : 016400/22

Nom & Prénom : M. ABDELLAOUI HAMDOUNE

C.I.N : A104321

Adresse : CASA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE :

Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 24-10-2023

Date Sortie : 24-10-2023

Médecin traitant : DR . SLAOUI MOHAMED

Traitement : FIBRO

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	PINCE		150,00			150,00
1	FIBROSCOPIE		1 650,00			1 650,00
Total Rubrique :						1 800,00
PARTIE CLINIQUE :						1 800,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL
						1 800,00

MILLE HUIT CENTS DIRHAMS

Amène la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT CFE) de :

ZERO DIRHAMS

signature de l'assuré

Modalité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde
TPE		1 800,00 Dh	0,00 Dh

Clinique Longchamps
34, Boulevard Ghandy Longchamps
CASABLANCA
Tél: 0522 04 07 07 - Fax: 0522 94 89 39

CLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 17-10-2023

Facture N° 07207/23

A. Identification

N° Dossier : CLC23J17104835

N° Identifiant : 016400/22

Nom & Prénom : **M. ABDELLAOUI
HAMDOUNE**

C.I.N : A104321

Adresse : CASA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 17-10-2023

Date Sortie : 17-10-2023

Médecin traitant : DR. KAIY BOUCHAIB

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CPA		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE CLINIQUE :						300,00
						0,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
TOTAL GENERAL						300,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré

Clinique Longchamps

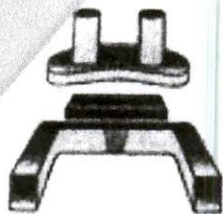
04, Boulevard Ghandi Longchamp

CASABLANCA

Tél: 05 22 04 07 07 - Fax: 05 22 04 89 39

Adresse : 4, Bd Ghandi, Casablanca 20250 - Tél. : 05 22 04 07 07 Fax : 05 22 94 89 39

Site Web : www.cliniquelongchamps.ma IF : 20765943 - ICE : 001913765000051 - IN



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 24/10/2023

FACTURE N° : 23/10871

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

600,00 Dhs

SIX CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **24/10/2023**

Pour **ABDELLAOUI HAMDOUNE**

Sur ordonnance du : **Dr SLAQUI MOHAMED**

Laboratoire de Pathologie
du Centre
52, Boulevard Zerktouni, Casablanca
Tél: 0522 22 51 31/34
Fax: 0522 22 50 90

PHARMACIE NAIMA
124. bd. Sidi Abderrahmane Derb Elhouria
Bloc 211 Hy Hassani Casablanca



DR. CHRAIBI NAIMA EP. SAAIDI
Docteur en pharmacie
université de MONTPELLIER
FRANCE

R.C : 171496

T.V.A :

Banque:

Tél : 022.9031.00

Patente: 35003900
C.N.S.S: 1044081

FACTURE N°610797

Pharmacie Naïma
INP : 92044569

ABDALLAOUI HAMDOUNE

Désignation	Quantité	PPM	Total
FUMAFER 200 MG 100 CPS	1	25,10	25,10
HYDROXO 5000 B4 IN	2	58,50	117,00
INEXIUM 20MG 14 CP	1	82,10	82,10
Total =			224,20



Arrêté la présente facture à la somme de :
Deux Cent Vingt Quatre Dirhams et 20 centimes.



Casablanca, le في الدار البيضاء,

24/10/2023

Compte-rendu de Fibroscopie Digestive Haute

ABDELLAOUI Hamdoune

Indication

MALADIE DE BIERMER
SURVEILLANCE

Examen

TOLERANCE : EXCELLENTE**CARDIA** : CARDIA ANATOMIQUE à 40 cm des AD, béant, se fermant mal lors des mouvements respiratoires, sans véritable hernie hiatale, le CARDIA MUQUEUX (ligne Z) est en situation normale;**ŒSOPHAGE** : La muqueuse œsophagienne est lisse sur toute sa hauteur, il n'y a pas d'œsophagite;**ESTOMAC** : Lac muqueux clair peu abondant**FUNDUS** : Les plis du fundus paraissent effacés, la muqueuse fundique est d'aspect atrophique, il n'y a ni bourgeons ni ulcérations; biopsies multiples faites**ANTRE** : L'ogive antrale est lisse, la muqueuse est congestive, pas de nodule antrale ce jour, biopsies multiples faites

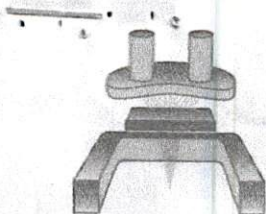
l'angulus, les faces et les courbures gastriques sont normaux aussi bien en vision directe qu'en retrovision ;

PYLORE : Régulier, centré, franchi ;**BULBE** : La muqueuse bulbaire est normale**DUODENUM** : On progresse jusqu'à DII, les plis duodénaux paraissent normaux, la muqueuse duodénale est d'aspect normal, la papille explorée en vision axiale est d'aspect endoscopique normal

Conclusion

1. **BÉANCE DU CARDIA NON COMPLIQUÉE**
2. **ATROPHIE DES PLIS ET DE LA MUQUEUSE FUNDIQUE, SANS BOURGEONS TUMORAUX**
2. BIOPSIES MULTIPLES FAITES
4. GASTRITE ANTRALE CONGESTIVE, PAS DE NODULE ANTRALE CE JOUR, BIOPSIES MULTIPLES FAITES

DOCTEUR MOHAMED SLAOU
Spécialiste: Hépatologie - Gastro - Entérologie
Proctologie - Endoscopie - Chirurgie
82, Rue Soumaya Angle Boulevard Abdelmoumen
2^{ème} étage - Immeuble « Fiat - Jeep » - quartier Palmiers - Casablanca - Maroc
Tél: 05 22 23 78 83 - Fax: 05 22 25 99 87
E-mail: slaouimed.doc@gmail.com



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 27/10/23

Nom & Prénom: Mme ABDELLAOUI HAMDOUNE
Sur ordonnance du: Dr SLAOUI MOHAMED
Réf : 23H10688

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 24/10/23

Organe ou siège du prélèvement : Antre + Fundus

Renseignement(s) clinique(s): Age : 70 ans

- 1- Fundus : muqueuse atrophique : biopsie multiples
- 2- Antre congestif : recherche d'*Helicobacter pylori*

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

1. Antre :

Le prélèvement examiné comporte quatre fragments analysés sur plusieurs plans de coupe, correspondant histologiquement à de la muqueuse gastrique antrale avec la tunique musculaire muqueuse. Le revêtement épithélial de surface est régulier, indemne de métaplasie intestinale et de dysplasie. Le chorion est congestif en surface, siège d'un infiltrat inflammatoire d'intensité légère à modérée fait de lymphocytes et de quelques histiocytes. Les glandes sont en nombre et en densité conservée, régulières. Absence d'HP.

Conclusion : Gastrite antrale chronique légère à modérée, non atrophique et non active, sans dysplasie ni métaplasie intestinale et sans *Helicobacter pylori*.

2. Fundus :

Le prélèvement examiné comporte six fragments analysés sur plusieurs plans de coupe, correspondant histologiquement à de la muqueuse gastrique fundique. Le revêtement épithélial de surface est régulier, ou montre des foyers de métaplasie intestinale et antrale, sans dysplasie. Le chorion est le siège d'un infiltrat inflammatoire d'intensité légère à modérée, fait de lymphocytes et de plasmocytes. Les glandes sont en nombre et en densité modérément diminuée, avec la présence de foyers de métaplasie intestinale. Absence d'hyperplasie des cellules ECL.

Absence d'HP.

Conclusion : Gastrite fundique chronique modérée, modérément atrophique, non active, avec métaplasie intestinale et antrale, sans dysplasie et sans hyperplasie des cellules ECL, compatible avec une gastrite auto-immune de type Maladie de Biermer.
Absence d'HP

Dr Nouhad BENKIRANE

Dr. BENKIRANE Nouhad
ANATOMO - PATHOLOGISTE
52, Boulevard Zerktouni
Tél. 22.51.31 - 22.51.32
22.50.59 - Fax. 22.50.50



Casablanca, le الدار البيضاء, في

24/10/2023

Compte-rendu de Fibroscopie Digestive Haute

ABDELLAOUI Hamdoune

Indication

MALADIE DE BIERMER
SURVEILLANCE

Examen

TOLERANCE : EXCELLENTE

CARDIA : CARDIA ANATOMIQUE à 40 cm des AD, béant, se fermant mal lors des mouvements respiratoires, sans véritable hernie hiatale, le CARDIA MUQUEUX (ligne Z) est en situation normale;

ŒSOPHAGE : La muqueuse œsophagienne est lisse sur toute sa hauteur, il n'y a pas d'œsophagite;

ESTOMAC : Lac muqueux clair peu abondant

FUNDUS : Les plis du fundus paraissent effacés, la muqueuse fundique est d'aspect atrophique, il n'y a ni bourgeons ni ulcérations; biopsies multiples faites

ANTRE : L'ogive antrale est lisse, la muqueuse est congestive, pas de nodule antrale ce jour, biopsies multiples faites

l'angulus, les faces et les courbures gastriques sont normales aussi bien en vision directe qu'en retrovision ;

PYLORE : Régulier, centré, franchi ;

BULBE : La muqueuse bulbaire est normale

DUODENUM : On progresse jusqu'à DII, les plis duodénaux paraissent normaux, la muqueuse duodénale est d'aspect normal, la papille explorée en vision axiale est d'aspect endoscopique normal

Conclusion

1. **BÉANCE DU CARDIA NON COMPLIQUÉE**
2. **ATROPHIE DES PLIS ET DE LA MUQUEUSE FUNDIQUE, SANS BOURGEONS TUMORAUX**
2. **BIOPSIES MULTIPLES FAITES**
4. **GASTRITE ANTRALE CONGESTIVE, PAS DE NODULE ANTRALE CE JOUR, BIOPSIES MULTIPLES FAITES**

DOCTEUR Mohamed Slaoui
Spécialiste Hépatologie - Gastro - Entérologie
Professeur de Médecine - Chirurgie
82, rue du Maroc - Casablanca - Maroc
Tél: 0522 25 93 87
Email: m.slaoui@gmail.com