

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

- 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.

M23- 0023139

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4214

Société : R.A.T

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ASDELLAOUI

HADDOUVE

Date de naissance : 1953

Adresse : Ville 72 lot Ain Diab II

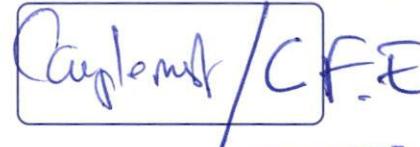
Ain Diab Casablanca

Tél. : 0662 280571

Total des frais engagés : 2900,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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 :

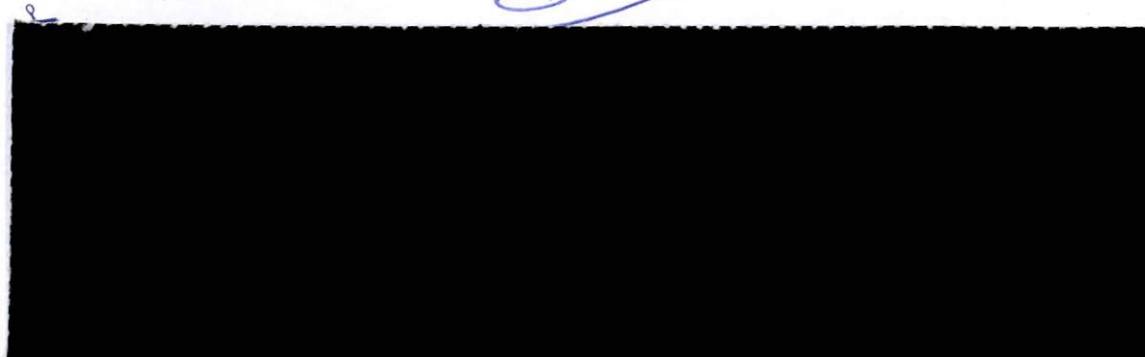
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) : 



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
		<p>Complexité traitée selon moto 14/11/21 100% parue au cas</p>		<p>Total 2900,00 F Frais CF.E 200 F</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	-
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a circular arrangement of numbered circles (1-8) around a central circle. The numbers are arranged in a clockwise sequence: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8. A vertical arrow labeled 'H' points upwards through the center. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left. A horizontal arrow labeled 'G' points to the right. A vertical arrow labeled 'B' points downwards through the center.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Caisse des Français de l'Étranger

160 RUE DES MEUNIERS
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	Coeff.	Nbre	Base de rembt	Taux	
1	ASSURE : HAMDOUNE - Maladie (100%) 17/10/2023 24/10/2023 24/10/2023 24/10/2023 31/10/2023	ETR : CONSULTATION SPÉCIALISTE ETR : BIO. ET ANATOMO-CYTOPATHOLOGIE ETR : FOURNITURES ET APPAREILLAGES ETR : ACTES TECHNIQUES MÉDICAUX ETR : PHARMACIE REFERENCE : 20231108362028 -E	27,72 54,96 13,74 151,14 20,56 NUMERO DE DEMANDE : 230975355	25,00		1	25,00	100	25,00
	TOTAL DU DECOMPTE					1	54,96	65	35,72
						1	13,74	78	10,72
						1	151,14	72	108,82
						1	20,56	100	20,56
									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
Nom : ABDELLAOUI Prénom : HAMDOUNE		Destinataire : MR OU MME BRICE ABDELLAOUI Mode : Virement SEPA Compte : FR56 3000 2083 3400 0002 6827 D48	

FEUILLE DE SOINS DISPENSÉS A L'ÉTRANGER

Réservez 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) : 1115315219913150174176

NOM (en capitales) : ABDELLAOUI

Date de naissance : 10/10/1983

Prénom : HANDOUNE

Pays où ont été dispensés les soins : MAROC

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

NOM (en capitales) :

Date de naissance : 11/11/11/11

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)

Atteste 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 fausses 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 (imprimez, 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^{re} 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**

Nom : A.B. de la Ouni PRENOM : H.A.M.DOUNI DATE DE NAISSANCE : 10/11/01/1931

Détails des actes médicaux

Tél: 0522 22 51 31

Clinique	Praticien	Date des soins	Montant réglé en monnaie locale	Montant éventuellement pris en charge par l'organisme local
----------	-----------	----------------	---------------------------------	---

- 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

CONSULTATION(S)

17/11/01/18/01 300,00

21/10/23 200,00

24/10/23 1800,00

CARDIOLOGIE

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

ACTE(S) D'IMAGERIE

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

17/11/11/11/11

17/11/11/11/11

17/11/11/11/11

17/11/11/11/11

17/11/11/11/11

17/11/11/11/11

17/11/11/11/11

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

Date de la prescription : 17/11/11/11/11

Traitements dispensés du 17/11/11/11/11 au 17/11/11/11

Nombre de séances dispensées :

Description du traitement :

ANALYSES DE LABORATOIRE

Date de la prescription : 17/11/11/11

Date d'exécution : 24/10/18

Date de la prescription : 17/11/11/11

Date d'exécution : 17/11/11/11

Laboratoire de Pathologie
S2, Boulevard de la Gendarmerie
6001 Casablanca
Tél: 0522 22 51 31
Fax: 0522 22 51 31

PHARMACIE / FOURNISSEUR

Date de la prescription : 17/11/11/11/11

Date de délivrance : 17/11/11/11/11

Date de la prescription : 17/11/11/11/11

Date de délivrance : 17/11/11/11/11

Date de la prescription : 17/11/11/11/11

Date de délivrance : 17/11/11/11/11

Date de la prescription : 17/11/11/11/11

Date de délivrance : 17/11/11/11/11

Date de la prescription : 17/11/11/11/11

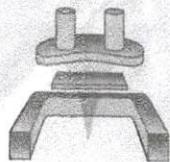
Date de délivrance : 17/11/11/11/11

Pharmacie Naima
Boulevard de la Gendarmerie
6001 Casablanca
Tél: 0522 22 51 31
Fax: 0522 22 51 31
INP: 92044569
Abdelrahmane
Hay Hassan
Sidi Abderrahmane
Casablanca
0522 22 51 31 00

AUTRES FRAIS DE SANTÉ

Description des frais facturés :

17/11/11/11/11



Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraoui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr.

M. ABDELLAOUI HAMDOU

Né le : 01/01/1953

CLC23J24080742

No^m et Prénom du Patient

Age

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Fevres : neigeuse. Alopexy

g. maladie ①

Intercapit : 12' ②

Siège du prélèvement

Nature de lacte 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

- Frottis conventionnel : CBE : Endomètre

Endometrium

Signature et Cachet

DOCTEUR MOHAMED SLAOUI

Spécialiste en Hépato - Gastro - Entérologie



دكتور محمد السلاوي

عصامي في أمراض المعدة والأمعاء والكبد والبواسير

Casablanca, le

31 OCT. 2023

الدار البيضاء, في

N. Abellaoui Hamdou

05.10

Transfert

20 en per voie urinaire et j'en sou

x 3m.

58.50x2

" HYDROXYEEDOMINE "

1gt 1m tout les 3 mois

82.10

" Zi betoui :

* INSULIN 104 U

224.20

1/1 du 26



Dr. Mohamed Slaoui
Specialiste en Hépato - Gastro - Entérologie
Praticien en Médecine - ECHOCARDILOGIE - CHIRURGIE
82, rue Soumaya, angle boulevard Abdellah Benkouider - 3^e étage, imm. « Fiat - Jeep », quartier Palmiers - Casablanca, Maroc
Tél. : 05 22 23 78 83 | 06 98 97 17 15 | Tel. Fax : 05 22 25 99 87 • Urgence : slaouidoc@gmail.com | Clinique Longchamp
Arrêt TRAM : ligne 1WAFASALAF

LINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE LONGCHAMPS



090063264

CASABLANCA Le : 24-10-2023

page 1/1

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

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

Traitemen : 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

Arrière 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 Ghandi Longchamps
CASABLANCA
Tel: 0522 04 07 07 Fax: 0522 94 89 39
A

Clinique Médico-Chirurgicale Longchamps



090063264

CASABLANCA Le : 17-10-2023

page 1/1

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

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					300,00
1	CPA		300,00			300,00
					Total Rubrique :	300,00
				PARTIE CLINIQUE :		0,00
					TOTAL GENERAL	300,00

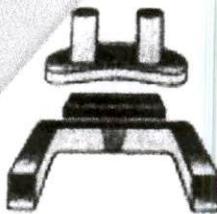
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :

Arrêté la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

signature de l'assuré

Clinique Longchamps
34, Boulevard Ghandi Longchamp
CASABLANCA
Tél: 0522 04 07 07 - Fax: 0522 04 89 39



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laila 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 SLAOUI MOHAMED**

Laboratoire de Pathologie
du Centre
52, Boulevard Zerkouni, 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 Patente:35003900
T.V.A : C.N.S.S:1044081
Banque:
Tél :022.9031.00

Le 31/10/2023

FACTURE N°610797

Pharmacie Naïma
INP : 92044569

ABDALLAOUI HAMDOUNE



Total = 224,20

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



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, bément, se fermant mal lors des mouvements respiratoires, sans véritable hernie hiatale , le CARDIA MUQUEUX (ligne Z) est en situation normal;

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 effaçés, 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'a 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**

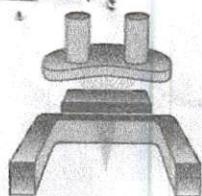
2. **ATROPHIE DES PLIS ET DE LA MUQUEUSE FUNDIQUE, SANS BOURGEONS TUMORAUX**

2. BIOPSIES MULTIPLES FAITES

4. **GASTRITE ANTRALE CONGESTIVE, PAS DE NODULE ANTRALE CE JOUR, BIOPSIES**

MULTIPLES FAITES

Dr. Docteur Mohamed Slaoui
Spécialiste Hépato-Gastro-Entérologie
Endoscopie Médico-Endocrinologie
Chirurgie digestive
Rue Soumaya, angle boulevard Abdelmoumen
82, Casablanca, Maroc
Télé : 05 22 23 78 83 | 06 98 97 17 18 | Tél. Fax : 05 22 25 99 87 | Urgence : slaoimed.doc@gmail.com | Clinique Longchamps
Arrêt TRAM : Ligne 1 WAFASALAF | متحف طرامواي وفا سلف عبد المؤمن



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 : Antré + Fundus

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

- 1- Fundus : muqueuse atrophique : biopsie multiples
- 2- Antré congestif : recherche d'Hélicobacter 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 épithéial 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.

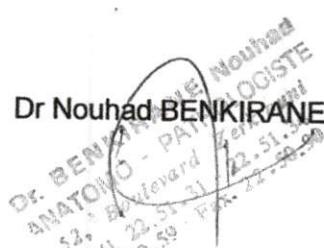
Conclusion : Gastrite antrale chronique légère à modérée, non atrophique et non active, sans dysplasie ni métaplasie intestinale et sans Hélicobacter pylori.

2. Fundus :

Le prélèvement examiné comporte six fragments analysés sur plusieurs plans de coupe, correspondant histologiquement à de la muqueuse gastrique fundique. Le revêtement épithéial 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





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, bément, se fermant mal lors des mouvements respiratoires, sans véritable hernie hiatale, le CARDIA MUQUEUX (ligne Z) est en situation normal;

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 effaçés, 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 rétroversion ;

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

