

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W21-763480

pay
pays

196199

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7283

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BAKKOUCHE Abdellah

Date de naissance :

31-12-66

Adresse :

C3 Rue Sidi HARRI Sidi EL
Doud II HARROURA Témara

Tél. : 0663796554

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

A. EL IDRISI LAMGHARI
Hépato-Gastro-Entérologue
Endoscopie Digestive Interventionnelle
35, Av. Fal Ould Oumeir, Apt. 5
Agdal - Rabat
INPE : 101 106 920

Cachet du médecin :

Date de consultation :

18/04/24

Nom et prénom du malade :

BAKKOUCHE Abdellah

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

gastro-entérologie

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 : 13/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

BAKKOUCHE

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-763480

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 - RADIOPHARMACIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| <i>d'Anatomie Pathologique Nations Unies Avenue des Nations Unies Bâtiment 3 - 1213 Logement 3 M. Rahat</i> | 12/12/14 | Part. 1 | 8000 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------|---|------------------|-------------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|--|----------|--|----------|--|---|---|----------------------|
| | | | | <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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> | | | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | | 35533411 | | 11433553 | | B | G | <input type="text"/> |
| H | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | 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

CENTRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE NATIONS UNIES

FACTURE

Numéro : 924001070 du 14/02/2024

Date demande 13/01/2024

Nom patient : BAKKOUCH ABDELHADI

Médecin : DR. EL IDRISI LAMGHARI

24A13-010-01

PAYANT

BIOPSIE 3 FLACONS

Cotation : P0727

Montant facture

800,00

Arrêtée la présente à la somme de :
HUIT CENTS DIRHAMS

Centre d'Anatomie Pathologique
Nations Unies
Angle Avenue des Nations Unies
et Rue Ibn Hanbal Agdal - Rabat
Tél 0537 67 28 96 / 0537 67 39 96



استقبال المستعجلات وحالات الإنعاش (الكبار والأطفال) والفحوص بالأشعة و المختبر على مدار الساعة
 Urgences, Réanimation (adultes, nourrissons), Radiologie, Laboratoire 24h/24, 7j/7

Rabat, le 13/01/24

Mr Bakkouch Abdel Hafid

- 1- gastralgie
- 2- RGO Dr Fouad KETTANI
 Centre d'Anatomie Pathologique
 Nations Unies
 Angle Avenue des Nations Unies
 et Rue Ibn Sina 108-96
 Tél: 0537.67.67.39
 INPE: 0537.67.67.39
 Rabat
 041734
- 3- Tube 1: oedème / ol'aspet
 normal
- 4- Tube 2: Anore + fièvre ?
 (gastrite congestive)
- 5- Tube 3: oedème / Ego Court.

Mr. A. EL IDRISI AMGHARI
 Hépato-Gastro-Entérologue
 Endoscopie Digestive Interventionnelle
 35, Av. El Oued - Oujda - Rabat
 INPE: 101 106 920



للطب والجراحة

MEDICO-CHIRURGICALE

RABAT le 13/01/2024

FIBROSCOPIE GASTRIQUE

- Mr BAKKOUCH ABDELHADI

- OPERATEUR : Pr El Idrissi Lamghari
- ANESTHESITE : Pr Benjelloun Jaouad
- INDICATION : épigastralgies, RGO, contrôle d'EBO
-

- **RESULTAT :**

- **OESOPHAGE :**

- Hernie hiatale par glissement sans œsophagite avec EBO court

- **ESTOMAC :**

- Lac muqueux clair
- Muqueuse fundique congestive
- Muqueuse antrale érythémateuse
- Pylore en place facilement franchi
- Rétrovision : normale

- **BULBE**

- Normal

- **D1 + D2 : normaux**

- **CONCLUSION :**

- HH + EBO court
- Gastrite congestive
- Aspect inchangé

Signé : Pr El Idrissi Lamghari

Endoscopie Digestive Interventionnelle

Pr. A. IDRISI LAMGHARI
Hépato-Gastro-Entérologue
Endoscopie Digestive Interventionnelle
35, Av. Fai Ould Oumeir, Apt. 5
Agdal - Rabat
INPE : 101106 920

CLINIQUE AGDAL

MEDICO - CHIRURGICALE
 6, Place Tahla Av. Ibra Sina Agdal
 Tel : 05 37 77 77 77 - 05 37 67 77 77

F A C T U R E

N° Admission : 24A130855

N° 437 / 2024 du 13/01/2024

| Nom patient | BAKKOUCH ABDELHADI | Entrée | Sortie |
|-----------------|---------------------------|------------|------------|
| Prise en charge | PAYANT | 13/01/2024 | 13/01/2024 |

| | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant |
|---|-------------|-------------|-------------------|-----------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| FRAIS CLINIQUE | 1,00 | FIBROSCOPIE | 700,00 | 700,00 |
| | | | Sous-Total | 700,00 |
| Total Frais Clinique | | | | 700,00 |
| PRESTATIONS EXTERNES | | | | |
| PR. BENJELLOUN JAOUAD (anesthesie rea) | 1,00 | SEDATION | 300,00 | 300,00 |
| PR. EL IDRISI LAMGHARI ABDENNACER(gast) | 1,00 | K40 | 900,00 | 900,00 |
| | | | Sous-Total | 1 200,00 |
| Total prestations externes | | | | 1 200,00 |

| | | |
|--|----------------------|-----------------|
| | Total général | 1 900,00 |
| <i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> MILLE NEUF CENTS DIRHAMS | | |

Notre compte bancaire : 007 810 0004461000304070 92- ATTIJARIWAFA BANK- RABAT

| | Chèque | | Total encaissé | Solde |
|---------------|----------|--|----------------|-------|
| Encaissements | 1 900,00 | | 1 900,00 | 0,00 |

Ref Chq : BP/ADI N° 1800162/RBT/

Clinique Agdal
 6, Place Tahla-Agdal-RABAT
 Tél : 05 37 77 77 77 (L.G.) / 05 37 67 77 77 (L.G.)
 Fax : 05 37 67 77 11 / 12 / 13
 Taxe prof. 25736001 / Id. fiscale 03330509
 C.N.S.S 2209098 / I.C.E 001657979000067

NOTE D'HONORAIRES

Le : 13/01/2024

Références

437 / PAYANT

Entrée / Sortie : 13/01/2024 - 13/01/2024

Le Pr. BENJELLOUN JAOUAD

présente à Mr BAKKOUCH ABDELHADI

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
300,00 Dhs TROIS CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

Dr Benjelloun Jaouad
Professeur Agrégé
Anesthésie Réanimation - Clinique Agor
6, Place Talha Av. Ibn Sina Asdar Rab
INP : 101022945
ICE : 00726877000072

Cachet et signature

NOTE D'HONORAIRES

Le : 13/01/2024

Références

437 / PAYANT

Entrée / Sortie : 13/01/2024 - 13/01/2024

Le Pr. EL IDRISI LAMGHARI ABDENNACER

présente à Mr BAKKOUCH ABDELHADI

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
900,00 Dhs NEUF CENTS DIRHAMS

et le - la prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués

Dr El Idrissi Lamghari
Hépato-Gastro-entérologue
Spécialiste de l'endoscopie
N° : 1010620
Professeur Agrégé
Anesthésie Réanimation - Clinique Agor
6, Place Talha Av. Ibn Sina Asdar Rab
INP : 101022945
ICE : 00726877000072

Cachet et signature



Contrôle de qualité en immunohistochimie Nord IQC participant N° NQC - 980

Dr. Fouad KETTANI
Pr. agrégé en anatomie pathologique
E-mail : fouadkett2@gmail.com

Dr. Asmae BENZEKRI
Diplômée en anatomie et cytologie pathologiques de l'université libre de Bruxelles et de l'université René Descartes - Paris 5
Diplômée en cytogénétique moléculaire de l'université René Descartes - Paris 5
Ancienne assistante hospitalo-universitaire de l'hôpital Beaujon à Paris (Ap-Hp)
Ancienne attachée de l'Institut Gustave Roussy
Diplômée de colposcopie
E-mail : asmaebenzekri@hotmail.com

Dr. Merieme GHAYOUTI
Diplômée en anatomie et cytologie pathologiques de l'université de Fès
Ancienne interne des CHU de Rouen et de Bordeaux
Diplômée en pathologie moléculaire de l'université de Nice-Sophia Antipolis
E-mail : merighaouti@gmail.com

| | |
|--------------|----------------------|
| NOM & PRÉNOM | : BAKKOUCH ABDELHADI |
| DOCTEUR | : EL IDRISI LAMGHARI |
| CODE PATIENT | : 24A13-010 |
| DATE | : 15/01/2024 |
| AGE | : 58 ans |
| N/REF | : 240113222 |

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Gastralgie. RGO : hernie hiatale. EBO court.
Gastrite congestive.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

1° BIOPSIE DUODENALE

Il a été communiqué 3 fragments biopsiques inclus en totalité intéressant une muqueuse duodénale aux villosités longues et fines revêtues de cellules cylindriques ne présentant pas d'atypies nucléocytoplasmiques. Les glandes sont normocrines disposées de façon homogène au sein d'une lamina propria siège d'un discret infiltrat inflammatoire lympho-plasmocytaire.

La lymphocytose intra-épithéliale est de 13%.

Absence de granulome.

Absence d'agent pathogène.

Absence de signes histologiques de malignité.

CONCLUSION

Discrète duodénite chronique non spécifique.

2° BIOPSIES GASTRIQUES

Il a été communiqué 7 fragments biopsiques intéressant une muqueuse gastrique (3 antres et 4 fundus) dont l'épithélium de revêtement de surface et des cryptes est bordé de cellules cylindriques muco-sécrétantes ne présentant pas d'atypies nucléocytoplasmiques.

Les glandes sont normocrines et bien différenciées, disposées au sein d'un chorion siège d'un infiltrat inflammatoire modéré lympho-plasmocytaire.

Présence de follicules lymphoïdes.

Absence d'Helicobacter pylori.

Absence de métaplasie intestinale.

Absence de signes histologiques de malignité.

.../...

CONCLUSION

Gastrite chronique interstitielle et folliculaire antrale et fundique.

Activité : 0

Atrophie : 0

Méplasie intestinale : 0

Helicobacter pylori : 0.

Absence de signes histologiques de malignité.

3° BIOPSIE OESOPHAGIENNE

Il a été communiqué 1 fragment biopsique intéressant une muqueuse gastrique dont l'épithélium de revêtement de surface et des cryptes est bordé de cellules cylindriques muco-sécrétantes ne présentant pas d'atypies nucléo-cytoplasmiques.

Les glandes sont normocrites et bien différenciées, disposées au sein d'un chorion siège d'un infiltrat inflammatoire modéré lymphoplasmocytaire.

Absence d'Helicobacter pylori.

Absence de métaplasie intestinale.

Absence de muqueuse oesophagienne.

Absence de muqueuse malpighienne.

Absence de signes histologiques de malignité.

CONCLUSION

Aspect compatible avec un endobrachyoesophage.

Gastrite chronique interstitielle.

- Activité : 0
- Atrophie : 0
- Méplasie intestinale : 0
- Helicobacter pylori : 0.

Absence de signes histologiques de malignité.

Dr. F. KETTANI
Centre d'Anatomie Pathologique
Nations Unies
Angle Avenue des Nations Unies
et Rue Ibn Hanbal, Agdal Rabat
Tél. 0537.67.28.96 - 0537.67.39.98
INPE : 101084184
Signature Dr. F. KETTANI