

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

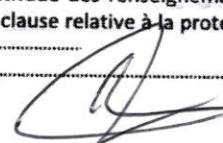
Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

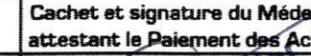
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e) 21980			
Matricule :	12302	Société :	R A M
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : IDRASSI KHALILCHI ABOU BAKR			
Date de naissance : 26/03/84			
Adresse : Bousaada, App 1, Rue TAHSLOUHT, Hayan Rabat			
Tél. : 666136238	Total des frais engagés : 5420,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Dr. ALAMI Jaafar Spécialiste en Gastro-Entérologie et Hépatologie INPE 101005387 Hôpital Cheikh Zaid *** 	
Cachet du médecin :	
Date de consultation 24-12-19	
Nom et prénom du malade : IDRASSI KHALILCHI	
Age: 35	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Gastro-entérologie	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 19 FEV. 2020	
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 : RABAT
 Signature de l'adhérent(e) : 

Le : / /

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
27/10/12			CS	INP : 1111111111  Dr. ALAMI Zaid Spécialiste en Gastro-entérologie et Médecine générale INP : 101005107 Hôpital Cheikh Zaid *** 

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES : RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>L.A.M. Riad</i>	26/12/19	Co. PSC. op. ir	2900,00
	26/12/19	B. op. psies	480,00
	23/12/19	B. op. ir	21900,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

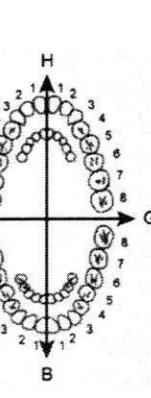
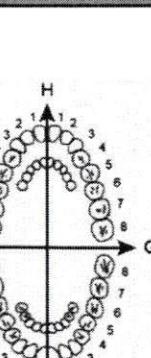
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
FIN 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;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	G															
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
DATE DE L'EXECUTION <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



Rabat, le : 21.12.19

073 KHAMLICHI
Abou Bakr.

- DR RR
- blu ferkel ^{rechts im}
- TR ^{rechts im}
- waagen ^{rechts im}
- Col feste ^{rechts im}
feurle.

73 Tu TS IT



IDRISSI KHAMLICHI Abouba
M26-03-1984



A coller sur l'ordonnance





Rabat, le : 21. 12. 19.

٢١٠١٢١٩
٢١٠١٢١٩
٢١٠١٢١٩

بيان عن المرض

بيان عن المرض





N° DE FACTURE : 2019/P/164891
 IPP : 1338477
 N° DOSSIER : L192482206
 NOM & PRENOM : IDRISI KHAMLICHI ABOUBAKR

MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS
 DATE ENTREE : 25/12/2019
 DATE SORTIE : 25/12/2019
 DATE FACTURATION : 26/12/2019

FACTURE

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES ANATOMOPATHOLOGIE			450,00



TOTAL :

Arrêtée la présente facture à la somme de
 quatre cent cinquante et xx / 100

TOTAL FACTURE	450,00
TOTAL ENCAISSEMENT	450,00
SOLDE	0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

Page 1 sur 2



LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE	: 2019/P/164891	MODALITE DE PAIEMENT	: CLIENTS PAYANTS
IPP	: 1338477	DATE ENTREE	: 25/12/2019
N ° DOSSIER	: L192482206	DATE SORTIE	: 25/12/2019
NOM & PRENOM	: IDRISI KHAMLICHI ABOUBAKR	DATE FACTURATION	: 26/12/2019

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES ANATOMOPATHOLOGIE			
BIOPSIE SIMPLE (1 FLACON)	450,00	1,00	450,00
TOTAL ACTES ANATOMOPATHOLOGIE : 450,00			
Honoraires Medecins			
FAYCAL ABBAD			
BIOPSIE SIMPLE (1 FLACON)	157,50	1,00	157,50
TOTAL FAYCAL ABBAD : 157,50			
TOTAL Honoraires : 157,50			
Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cent cinquante et xx / 100		Total général :	450,00
Total encaissement :	450,00	Solde	0,00
<i>Les montants affichés sur cette facture sont en MAI</i>			



N° DE FACTURE	: 2019/P/164876	MODALITE DE PAIEMENT	: CLIENTS PAYANTS
IPP	: 1338477	DATE ENTREE	: 25/12/2019
N ° DOSSIER	: A192481679	DATE SORTIE	: 25/12/2019
NOM & PRENOM	: IDRISI KHAMLICHI ABOUBAKR	DATE FACTURATION	: 26/12/2019

FACTURE

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES			
COLOSCOPIE TOTALE	2 900,00	1,00	2 900,00
TOTAL ACTES : 2 900,00			



Arrêtée la présente facture à la somme de deux mille neuf cents et xx / 100

TOTAL FACTURE	2 900,00
TOTAL ENCAISSEMENT	2 900,00
SOLDE	0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

Page 1 sur 2



LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2019/P/164876 **MODALITE DE PAIEMENT** : CLIENTS PAYANTS
IPP : 1338477 **DATE ENTREE** : 25/12/2019
N ° DOSSIER : A192481679 **DATE SORTIE** : 25/12/2019
NOM & PRENOM : IDRISI KHAMLICHI ABOUBAKR **DATE FACTURATION** : 26/12/2019

DESIGNATION DES PRESTATIONS		PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
ACTES				
COLOSCOPIE TOTALE		2 900,00	1,00	2 900,00
TOTAL ACTES : 2 900,00				
Honoraires Medecins				
ALAMI JAAFAR				
COLOSCOPIE TOTALE		1 250,00	1,00	1 250,00
TOTAL ALAMI JAAFAR : 1 250,00				
ANESTHESISTE (F&A)				
COLOSCOPIE TOTALE		500,00	1,00	500,00
TOTAL ANESTHESISTE (F&A) : 500,00				
TOTAL Honoraires : 1 750,00				
Arrêtée la présente facture à la somme de deux mille neuf cents et xx / 100		Total général :		2 900,00
Total encaissement :	2 900,00	Solde		0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAI



L.A.M. RIAD

RIAD

13, Angle Avenue Almelia et rue Meziata - Hay Riad
(City Center - ACIMA) - RABAT

Tél : 05 37 71 05 06 / 05 37 57 23 23 - Fax : 05 37 71 50 60

Site-Web : - E-mail : laboratoirerriad@gmail.com

FACTURE N° : 191202629

Rabat le 23-12-2019

Mr Aboubakr IDRISI KHAMLICHI

Date de l'examen : 23-12-2019

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sanguin	E20	E
0161	T4 libre	B200	B
0163	TSH	B250	B
0165	T3L	B300	B
	Fibrinogène	B40	B
0216	Numération formule	B80	B
	TPINR	B40	B
	Facteur Rhumatoïde	B100	B
	Calprotectine :	-	HN

Total des B : 1760

TOTAL DOSSIER : 2120.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux mille cent vingt dirhams .

L.A.M.Riad
Tél : 05 37 71 05 06
05 37 57 23 23 05 37 71 50 60
Zai : 25995358 - IF : 3349086



ڦڻ

Compte Rendu

IPP : 1338477

ID_Dossier : A192481679

Patient : IDRISI KHAMLICHI ABOUBAKR

PEC : PAYANT09

Date Entrée : 25/12/2019

Date Sortie : 25/12/2019

COLOSCOPIE TOTALE

1 - Chef du service :

Dr. M. Bennani

2 - Permanents :

Dr. J. Alami

Pr. M. Mohammadi

3 - Attachés :

Pr. A. Essaid

Pr. N. Kanouni

4 - Endoscopie digestives :

Fibroscopie OGD

Coloscopie

Echo-endoscopie

Ligature des VO

Plasma Argon

Polypectomie

Mucosectomie.

Dilatation œsophagienne.

5 - Exploration fonct. digestive

Manométrie

Manométrie ano-rectale.

pH-métrie des 24

Fibroscan

Vidéo capsule.

Echo-hépato-biliaire

6 - Contacts :

+ 212 537 68 70 62/64

- R.C :

- Douleur abdominale.
- Appendicectomie récente.

- Résultat :

- Hémorroïdes internes congestives.
- Aspect de colite spasmodique.
- Absence de lésion organique et/ou adénomateuse recto colique jusqu'au caecum.
- La muqueuse iléale est inflammatoire et hypertrophique + 08 biopsies.

DR ALAMI JAAFAR

Dr. ALAMI JAAFAR
Spécialiste en Gastro-entérologie
et Hépatologie
Hôpital Cheikh Zaid



COMPTE - RENDU D'EXAMEN ANATOMO - PATHOLOGIQUE

Nom Prénom : IDRISI KHAMLICHI Aboubakr
Age Sexe : 35 M
IPP : 1338477
Réf. Anapath : 19 B 2919

De la part du : Dr. J. ALAMI
Service : Endoscopie
Reçu le : 25/12/2019
Répondu le : 27/12/2019

Renseignements cliniques : Muqueuse iléale inflammatoire et hypertrophique.

Parvenu un flacon :

Comporte 4 fragments biopsiques mesurant respectivement 0,2 et 0,3cm. Inclus en totalité et étudié sur plusieurs niveaux.

A l'examen histologique, il s'agit d'une muqueuse intestinale grêle pseudopolypoïde. Les villosités sont de hauteur conservée. Elles sont bordées par un revêtement cylindrique simple régulier (LIE estimée à 24%) avec une mucosécrétion conservée. Absence de foyers d'exulcération. Le chorion est fortement oedémateux, siège d'un infiltrat inflammatoire modéré et diffus à prédominance mononucléée disposé en profondeur. Il s'organise en follicules lymphoïdes réguliers. Absence de granulome épithélio-gigantocellulaire. Les glandes sont régulières. Absence d'agent pathogène. Absence de prolifération tumorale.

Conclusion :

Iléite interstitielle subaigue et chronique.

Absence de distorsions architecturales ou de signe de malignité.

Dr F. Abbad

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

Édité le 25-12-2019 à 17:59

Prescripteur : **Dr Jaafar ALAMI**

EXAMEN du 23-12-2019

Mr IDRISI KHAMILCHI Aboubakr

Code Patient : 1910072160

Né(e) le : 26-03-1984



Prélevé le : 23-12-2019

HEMATOLOGIE

(Fluorescence en Cytométrie de Flux sur **SYSMEX-XT 4000i**)

ETUDE DE LA LIGNEE ERYTHROCYTAIRE

08-11-2019

Hématies :	4.920	M/mm ³	(4.500-5.800)	5.000
Hémoglobine :	14.5	g/dL	(13.5-17.5)	14.8
Hématocrite :	44.1	%	(40.0-50.0)	44.3
VGM :	89.6	μ ³	(82.0-98.0)	88.6
CCMH :	32.9	%	(32.0-36.0)	33.4
TCMH :	29.5	pg	(>27.0)	29.6
RDW :	12.1	%	(12.0-16.0)	12.1

ETUDE DE LA LIGNEE LEUCOCYTAIRE

08-11-2019

Leucocytes :	6.890	/mm ³	(4.000-10.000)	9.390
Poly. Neutrophiles :	43.4	% soit	2 990	/mm ³ (1 800-7 500) 60.1
Poly. Eosinophiles :	1.3	% soit	<u>90</u>	/mm ³ (100-400) 0.7
Poly. Basophiles :	0.1	% soit	7	/mm ³ (<200) 0.3
Lymphocytes :	45.9	% soit	3 163	/mm ³ (1 000-4 500) 29.4
Monocytes :	9.3	% soit	641	/mm ³ (200-1 000) 9.5

08-11-2019

Plaquettes	252	Mille/mm ³	(150-400)	265
VMP	9.4	fl	(6.9-10.8)	9.3

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

1912232150 – Mr Aboubakr IDRISI KHAMLICHI

Page 2 / 3

HEMOSTASE – COAGULATION

TAUX DE PROTHROMBINE

(Recombiplastin2G – IL)

Antériorités

I.N.R. 1.00
(International Normalized Ratio)

TAUX DE PROTHROMBINE 100.00 %
Valeur de référence sans AVK : 70 -100 %

FIBRINOGENE 3.89 g/L (2.00–4.00)
(Hemosil Fibrinogen Clauss)

HORMONOLOGIE

F.T.3 – Triiodothyronine Libre 2.94 pg/mL (2.20–4.20)
(Chimiluminescence LIAISON DIASORIN)

TSH.us 1.726 µUI/mL (0.340–5.600)
(Chimiluminescence Beckman Coulter)

Remarque:
Chez le Nouveau-né, on observe une augmentation physiologique de la TSH (TSH Normes N-Né < 20 µUI/mL)

Valeurs de référence Femme Enceinte
1er Trimestre: 0.030 à 2.300 µUI/mL
2ème Trimestre: 0.030 à 3.100 µUI/mL
3ème Trimestre: 0.130 à 3.500 µUI/mL

F.T.4 – Thyroxine Libre 10.6 pmol/L (7.8–14.3)
(Chimiluminescence Beckman Coulter) 136.4 ng/dL (100.4–184.0)

IMMUNOLOGIE – SEROLOGIE SANGUINE

FACTEUR RHUMATOIDE <7 UI/mL (<14)
(Méthode Immuno-Turbidimétrie BECKMAN COULTER)

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

1912232150 – Mr Aboubakr IDRISI KHAMLICHI

Page 3 / 3

BIOLOGIE SPECIALISEE

Calprotectine Fecale

Résultat :
(Technique chimiluminescence QUANTA Flash)

<14.0 mg/Kg (<50.0)

Interprétation:

Négatif: Inf à 50 mg/Kg

Zone Grise: 50 à 120 mg/Kg

Positif: Sup ou égal à 120 mg/Kg

Chez l'enfant le seuil de 50 µg/g est applicable après 4 ans.

Chez les enfants plus jeunes, la concentration fécale de la Calprotectine est physiologiquement plus élevée.

Demande validée biologiquement par Dr. Jalil EL ATTAR

Dr. Jalil EL ATTAR
13, Angle Avenue Almelia
rue Meziata Hay Riad-RABAT
Tél: 05 22 37 71 05 06
05 37 57 23 23
Fax: 05 37 71 50 60

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

IPP : 1 338 477

Quittance N°
N° de dossier : A192481679

2 128 976

⋮ ⋮ ⋮ ⋮

DI : 2 414 052

Patient : IDRISI KHAMLICHI ABOUBAKR

Montant : 2 900,00 Dh (deux milleneuf cents et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 9074

Date d'encaissement : 25/12/2019

Description : COLOSCOPIE

Medecin : E0207 ALAMI JAAFAR

Motif : HOPITAL DE JOUR

Assurance

CLIENTS PAYANTS

Paiement effectué à la CIASSE HOPITAL DU

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Cachet du caissier :

N° 1526200



Service Admission/Facturation

Quittance N°
2 129 366

HCI

IPP : 1 338 477 N° de dossier : L192482206 DI : 2 414 383

Patient : IDRISI KHAMLICHI ABOUBAKR

Montant : 450,00 Dh (quatre cent cinquante et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 9074

Date d'encaissement : 25/12/2019

Description :

Medecin : E01008 FAYCAL ABBAD

Motif : HOPITAL DE JOUR

Paiement effectué à la URGENCE CAISSE

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Cachet du caissier :

N° 1528607

