

## 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.

### 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 - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.co



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-414384

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) **26601**

Matricule : **10926** Société : **RAM**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : **AOUANI ADIL**

Date de naissance : **10/12/1973**

Adresse : **Cotonou (Benin)**

Tél. : **00229 9597 2730** Total des frais engagés : **2660** Dhs

**ACCUEIL SIEGE RAM**

**10 MARS 2020**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. H. SAHER**  
Tél : 05 37 77 89 09

Date de consultation : **10/12/2019**

Nom et prénom du malade : **Adil AOUANI** Age : **46**

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

Nature de la maladie : **Pathologie digestive**

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) : .....

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
23/11/19	C	1	3000	INF: 1511111111
23/11/19	1907/10		1000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL MOUJAHID Kamal Abdelkader 20, Bd. El Moujahid El Ayachi Tél: 05 23 33 31 89 - El Jadida	23/11/19	460,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
L.A. EL NOUSSAIR 82, Rue Moussa Ibnou Nousseir Tél: 022.26.84.03 / 20.24.30 Fax: 022.20.24.31 - CASABLANCA	23/11/19	P300	4.00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : 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	INP : <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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														





**CABINET D'HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE**

Endoscopie digestive - Proctologie - Echographie

Docteur H. SAHER

Rabat le : 23/12/19

EL NOUJAHID SANA

92,60

- INNEXION 2g =



1,6

1,6 m fl 1 m

38,70



- Calixant = 1 g à vidi

- Librax = 1 g 6 m fl 3 jours

21,00

PHARMACIE EL MOUJAHID  
Kamal Abdelkader  
Docteur en Pharmacie  
El Moujahid El Ayachi  
Tél: 05 37 39 31 89 - El Jadida

GASTRO ENTEROLOGIE  
Docteur H. SAHER  
Rue Abd. El Ghafiki  
Tél.: 05 37 77 89 09 - Agdal

Rue Abderrahmane El Ghafiki Résidence Yazamane 2, Imm. A - Appt 3 - Rabat (à Côté de la Gare Agdal)

Tél. : 05 37 77 89 09 - Tél/Fax : 05 37 77 89 11 - E-mail : hsaher@hotmail.com

Patente N° : 25771074 - CNSS N° : 7176250

إزوميرازول

إينكسيوم 20

20

إزوميرازول 20 ملغ

  
**Nexium®** 20 mg  
ésoméprazole

**إينكسيوم 20 مغ**

إزوميرازول

SYNTHEMEDIC

22 rue Zoubeir ben Ali Soum Roches  
noires Casablanca

INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

640/15DMP/21NRQ

P.P.V: 92,60 DH

6

118001

020591

**14**

comprimés  
gastro-  
résistants

Par voie orale

**14**

قرص صامد  
لخموضة المعدة  
عن طريق الفم

إزوميرازول

إينكسيوم 20

20

إزوميرازول 20 ملغ

  
**Nexium®** 20 mg  
ésoméprazole

**إينكسيوم 20 مغ**

إزوميرازول

SYNTHEMEDIC

22 rue Zoubeir ben Ali Soum Roches  
noires Casablanca

INEXIUM

20 mg

Cpr GR

Boîte 14

640/15DMP/21NRQ

P.P.V: 92,60 DH

6

118001

020591

**14**

comprimés  
gastro-  
résistants  
Par voie orale

**14**

قرص صامد  
لخموضة المعدة  
عن طريق الفم

# MEDA

PPV 38DH7D  
EXP 09/2022  
LOT 96011 3

## Calcibronat® 2 g

20 COMPRIMÉS  
EFFERVESCENTS



30 قرصا مائسا

الوصفة :  
كلوردين بروميد 5 ملغ  
كلوردين بروميد 5 ملغ  
السواغ كيميائية للرطب واحد مليل  
السواغ ذات تأثيرات معروفة : اللاكوز والسكرور  
اقرأ النشرة قبل الإستعمال

AC000222

تبر اكس  
كلوردين بروميد  
كلوردين بروميد

# MEDA

**COMPOSITION :**  
Clidinium bromure (DCI) ..... 2,5 mg  
Chlordiazépoxyde ..... 5 mg  
Excipients q.s.p ..... 1 comprimé dragéifié  
Excipients à effet notoire :  
Lactose et saccharose.  
Avant toute utilisation, lire attentivement  
la notice intérieure.

**Librax®** 5 / 2,5 mg 

30 comprimés dragéifiés



LOT:19113 PER:09/2022  
PPV: 21.00 DH

Fabriqué sous licence **Meda**  
par les laboratoires **Steripharma**  
Z.I Lina N° 347 Sidi Maârouf - Casablanca  
Amine TAHIRI, Pharmacien Responsable

## Librax®

Chlordiazépoxyde  
+Bromure de Clidinium

5 / 2,5 mg

30 comprimés dragéifiés

# CABINET D'HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE

Docteur H. SAHER



الدكتور أ. صاهر

Endoscopie digestive - Proctologie - Echographie

## COMPTE-RENDU DE FIBROSCOPIE

NOM/ EL MOATASSIM

PRENOM/ SANA

SC/ EPIGASTRALGIES

MEDECIN TRAITANT/DR SAHER

EOSOPHAGE / MUQUEUSE NORMALE

CARDIA/ BEANCE DU CARDIA AVEC RGO++++

MUQUEUSE GASTRIQUE / HYPERSECRETION ACIDE AVEC MICRO  
ULCERATIONS

PYLORE / NORMAL

BULBE -D2/ NORMAL

CONCLUSION /BEANCE DU CARDIA +RGO +GASTRITE+

*[Signature]*  
GASTRO-ENTEROLOGIE  
Rue Abderrahmane El Ghafiki Résidence Yazamane 2, Imm. A - Appt. 3 - Rabat (à Côté de la Gare Agdal)  
Docteur H. SAHER  
Tél. : 05 37 77 89 09 - Tél/Fax : 05 37 77 89 11 - E-mail : hsaher@hotmail.com



# CABINET D'HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE

Docteur H. SAHER



الدكتور أ. صاهر

Endoscopie digestive - Proctologie - Echographie

RABAT LE 23/12/2019

**Facture de MME ELMOATASSIM SANA 231119**

**FIBROSCOPIE +BIOPSIE**

**K40 +K10**

**PRIX UNITAIRE/30DH**

**PRIX TOTAL/50X30=1500dh**

**ARRETE LA SOMME A MILLE CINQ CENT DIRHAMS TOUTE  
TAXE COMPRISE**

*[Signature]*  
GASTRO-ENTEROLOGIE  
Docteur H. SAHER  
Rue Abderrahmane El Ghafiki Rabat - Agdal  
Tél.: 05 37 77 89 09





# CABINET DE PATHOLOGIE - DOCTEUR HAMAMSI M. TAOUFIK

ANATOMOCYTOPATHOLOGISTE

DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

\*\*\*\*\*

CASABLANCA, LE 02/01/2020

RECU LE : 31/12/2019

AGE : .. ANS

ORGANE : Biopsie gastrique.

M<sup>me</sup> / M<sup>lle</sup> / Mr / Enf : EL MOATASSIM SANA

PRESCRIPTEUR : DOCTEUR SAHER

REF : 1/19/12/250

## EXAMEN HISTOPATHOLOGIQUE

Prélèvement constitué par trois fragments montrant à l'examen histologique une muqueuse gastrique de type antral de hauteur sensiblement normale à revêtement cylindrique muco-sécrétant dépourvu d'*Helicobacter pylori*.

Ce revêtement repose sur un chorion légèrement oedémateux occupé par des tubes glandulaires dans l'ensemble bien différenciés également répartis dans un stroma peuplé par quelques éléments inflammatoires lympho-plasmocytaires.

La musculaire muqueuse est intacte.

Absence de caractères suspects.

**CONCLUSION** : Gastrite chronique à minima.  
Absence d'*hélicobacter pylori*.

Docteur ELATTAR HICHAM

Médecin remplaçant

3 Rue de Tunis, El Jadida  
Casablanca / Maroc  
Tél : 08 08 50 60 93  
Fax : 05 23 33 69 42  
cpa86513@gmail.com  
ICE : 001656784000031

Annex  
Pathology  
Center

Dr. Hicham EL ATTAR  
3. Rue de Tunis  
EL JADIDA  
PATHOLOGISTE