

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03396 Société : RAT

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : CHEDDADI ABDELKHALAK

Date de naissance : 19-01-58

Adresse : 14 lot. 7 ANDARONA Com. SIDI MAAROUF

CASABLANCA 20270

Tél. : 06 73 08 19 85 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. A. KHYAFI
GASTROENTEROLOGUE
Av. 2 Mars Angle My, Driss 2^{er}
Tél: 022 83 56 72 CASA

Date de consultation : 31/08/2020

Nom et prénom du malade : CHEDDADI Abdelkhalak Age : 62 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Prostatectomy

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 : CPA Le : 31/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :



 12 SEP 2020

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																																																																																																													
RECOMMANDEZ LES HONORAIRES																																																																																																																													
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																																																																																																													
<p>Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.</p> <p>Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'acte.</p>																																																																																																																													
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									Nature des Soins <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									Coefficient <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									COEFFICIENT DES TRAVAUX	
<input type="text"/> Signature																																																																																																																													
MONTANTS DES SOINS																																																																																																																													
<input type="text"/> Signature																																																																																																																													
DEBUT D'EXECUTION																																																																																																																													
<input type="text"/> Signature																																																																																																																													
FIN D'EXECUTION																																																																																																																													
<input type="text"/> Signature																																																																																																																													
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																																																																																																													
<input type="text"/> Signature																																																																																																																													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <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 colspan="2">D</td></tr> <tr><td colspan="2">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">35533411</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		G		00000000	11433553	B		[Création, remont, adjonction] <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																									MONTANTS DES SOINS																																																																
		H																																																																																																																											
		25533412	21433552																																																																																																																										
		00000000	00000000																																																																																																																										
		D																																																																																																																											
		00000000																																																																																																																											
		35533411																																																																																																																											
		G																																																																																																																											
		00000000	11433553																																																																																																																										
		B																																																																																																																											
<input type="text"/> Signature																																																																																																																													
DATE DU DEVIS																																																																																																																													
<input type="text"/> Signature																																																																																																																													
DATE DE L'EXECUTION																																																																																																																													
<input type="text"/> Signature																																																																																																																													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																																																																																													
<input type="text"/> Signature																																																																																																																													
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																																																																																																																													
<input type="text"/> Signature																																																																																																																													

Docteur Abdallah Khyari

Diplômé de la Faculté de Médecine
Xavier Bichat - Paris

Spécialiste Diplômé : C.E.S. National
des Maladies de l'Appareil Digestif

A.E.S. de Proctologie Médico-Chirurgicale
(Hémorroïdes - Fissures - Fistules)

Diplômé d'Etudes Supérieures de Médecine
et d'Epidémiologie Tropicales

Fibro - Endoscopie - Echographie

Membre de la Société Nationale
Française de Gastro-Enterologie

Ancien Attaché à l'hôpital Cochin - Paris

I.C.E : 002141005000015
INP : 691085829

الدكتور عبد الله الخياري

خريج كلية الطب كزافيي بشا بباريس

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

شهادة الدراسات العليا في علاج وجراحة

أمراض المخرج والبواسر

شهادة الدراسات العليا في الأمراض
الاستوائية والعدوña الإفريقية

تشخيص ووقاية أمراض الجهاز الهضمي
بالمنظار والأشعة الصوتية

عضو بالجمعية الوطنية الفرنسية
لأمراض الجهاز الهضمي

ملحق سابق بمستشفى كوشان بباريس

LOT : 200447
PER : 04/23
PPV : 19,30DH

LOT : 13620001
PER : 01/2023
PPV : 38,00 DH

LOT : 13620001
PER : 01/2023
PPV : 38,00 DH

TITANORÉÏNE N° 2
1 suppositoire après la selle

VENULA 200 MG N° 1

2 gélules, matin midi et soir au début des repas pendant cinq jours ensuite: 1 gel matin et
soir pendant un mois.

SEPTIDOL 8 GEL INTIME N° 1

Deux fois par jour

BACTOSPRAY N° 1

Compresses stériles 30/30

Sparadrap hypoallergisant

19,30 x 2
38,00 x 2

PHARMACIE DE LA COLLINE
Sur parking CARREFOUR SUPERMARCHÉ Ancien Makro
Casablanca - Tél. : 05 22 33 51 77 / 05 22 33 59 53
whatsapp : 06 62 12 08 18
RC : 266958 - Pat : 36103100 - IP : 5031792 - CNSS : 6063490
ICE : 00048382000044 - Email : paracetamol2011@hotmail.fr

83,00

138,00

89,00

30,00

Dr. A. KHYAR,
GASTROENTEROLOGUE
105 Bis, Av 2 Mars (Angle My Driss 1er)
Résidence Aiman 1 - Casablanca
Tél : 05 22 83 59 22 / 05

T = 387,60

LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Dr. A.
GASTROENTEROLOGUE
105 Bis, Av 2 Mars (Angle My Driss 1er)
Résidence Aïn El 1 - Casablanca
Tél: 0522.99.37.86 - 0522.99.37.86

Ordonnance du docteur :

Nom et prénom : Cheddaoui Abdellah MARIAME FEMME ENF

Age : 56 ans 1958

Référence :

Siège et nature du prélèvement : Esophag A = 3

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin Exocol Endocol Endometre

- Date des dernières règles :

- Traitements éventuels :

Renseignements cliniques et paracliniques : Epigastrique

Anémie modérée

Radiographies :

Date : 21/08/90 Signature

Dr. A. BRITEL
Dr. F. SEKKAT
IBN KHALDOUN
105 Bis, Angle Bd Abdelmoumen
et Rue Chatila - Casablanca
Tél: 0522.99.37.86 - Fax: 0522.99.37.86

0522.99.37.86 - 1، زاوية عبد المؤمن - 1، زنقة شاتلا - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.99.37.20/21 - الفاكس : 104 bis, Angle Bd Abdelmoumen - 1, Rue Chatila - Casablanca - Tél.: 0522.99.37.20/21 - Fax : 0522.99.37.86

Adresse Email : laboratoire.ibnkhaloun@gmail.com

LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

FACTURE

FACTURE : 15626

CASABLANCA LE : 31/08/2020

Analyses effectuées le: 31/08/2020

Pour.....: Mr. CHEDDADI ABDELOUHAB

Sur prescription du: Dr KHYARI ABDELLAH

Code.....: 03W2031



Organisme.....: NC

Montant Net : 400.00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE CENTS Dhs 00 Cts

U
LABORATOIRE
IBN KHALDOUN
Pathologiques
104 Bis, Avenue Abdelloumen et Rue Chatila
0522.99.37.20/21 - Fax : 0522.99.37.86

0522.99.37.20/21 - زنقة شاتيلا - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.99.37.86 - الفاكس :

104 bis, Angle Bd Abdelmoumen - 1, Rue Chatila - Casablanca - Tél.: 0522.99.37.20/21 - Fax : 0522.99.37.86

Email : laboratoire.ibnkhaloun@gmail.com

I.F : 01085932 - Patente : 34772143 - ICE : 001676411000013



LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.
ANATOMOCYTOPATHOLOGISTES

Nom : CHEDDADI ABDELOUHAB

Docteur : KHYARI ABDELLAH

Age : 62A ans

Date de réception : 31/08/2020

Organisme : NC

Code Patient : 03W2031

Organe : Estomac. A=3.
F=2.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Epigastralgies.
Antrite modérée.

Le prélèvement a ramené cinq fragments biopsiques de bonne taille, d'une muqueuse gastrique de type antro-fundique, de hauteur respectée, remaniée par ailleurs et dont le revêtement est généralement conservé, régulier ou dédifférencié sans métaplasie intestinale et sans dysplasie.

Le chorion est congestif en surface, montrant ici et là quelques raptus hémorragiques, dense par ailleurs et largement infiltré d'éléments inflammatoires, d'aspect polymorphes.

Les structures glandulaires cryptiques sont souvent dédifférenciées, ailleurs régulières. Elles sont pénétrées en un microfoyer au niveau antral par de la métaplasie intestinale focale. Ces structures sont par ailleurs largement dissociées par les éléments inflammatoires sus décrits qui s'étendent également à la couche des glandes profondes et où l'on note au niveau antral une certaine accentuation du réseau fibro-réticulinique.

La muscularis muqueuse est d'aspect fine ou quelque peu épaisse.

L'examen des coupes colorées au Giemsa met en évidence la présence de nombreuses colonies d'Hélicobacter pylori.

CONCLUSION : - Gastrite antro-fundique chronique interstitielle modérée à sévère avec ébauche de métaplasie intestinale focale, congestive et évolutive avec présence de nombreux hélicobacter pylori (++) .

- Absence de malignité sur le matériel examiné.

Signé : DR A. BRITEL

LABORATOIRE DE PATHOLOGIQUES
IBN KHALDOUN
104 bis, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila
Casablanca
Dr. A. BRITEL

Dr

ORDONNANCE

Casablanca le : 21/08/2008

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur KHYARI
prie M^{me} CHEDDAD Abdelouahab

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués
et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires

pour consultation

s'élevant à la somme de 800 DHS

Dr. A. KHYARI
GASTROENTEROLOGUE
105 Bis, Av 2 Mars, Angle My Driss 10
Résidence Almanar - Casablanca
Tél. 05 22 27 80 75

Dr

ORDONNANCE

Casablanca le : 31/08/2020

NOTE D'HONORAIRES

Le Docteur Zerhouni

prie M² CH. FIDJA Di Abde louhab

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués
et lui présente, suivant l'usage sa note d'honoraires

pour Améthine Guemb

s'élevant à la somme de 200.00 DHS

DR. Youssef MILOUDI
Anesthésie Réanimation
Clinique Zartoun

CLINIQUE ZARHOUN

Casablanca le 31 AOUT 2020

MEDECIN TRAITANT : DR KHYARI
MEDECIN ANESTHESIE : DR MILOUDI

FACTURE N031082020
IDENTIFIANT COMMUN 001752560000002

NOMS	MR CHEDDADI	
PRENOM	ABDELOUHAB	
		DATE DENTREE 31/08/2020
		DATE DE SORTIE 31/08/2020

FORFAIS CLINIQUE
FIBROSCOPIE

PART CLINIQUE 650.00DH

FRAIS HONORIAIRES

HONORIAIRES DR KHYARI	800.00 DH
HONORIAIRES DR MILOUDI	200.00 DH

TOTAL HONORIAIRES 1000.00 DH

TOTAL GENERAL 1650.00 DH

MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS

CLINIQUE ZARHOUN
31, Rue Zarhoun (Ex. Rue de Reims)
Mers Sultan - Casablanca
Tél: 05 22 27 11 / 05 22 27 84 06
Fax: 05 22 27 80 74

CLINIQUE ZARHOUN
31, Rue Zarhoun (Ex. Rue de Reims)
Mers Sultan - Casablanca
Tél: 05 22 27 11 / 05 22 27 84 06
Fax: 05 22 27 80 74

Docteur Abdallah Khyari

Diplômé de la Faculté de Médecine
Xavier Bichat - Paris

Spécialiste Diplômé : C.E.S. National
des Maladies de l'Appareil Digestif

A.E.S. de Proctologie Médico-Chirurgicale
(Hémorroïdes - Fissures - Fistules)

Diplômé d'Etudes Supérieures de Médecine
et d'Epidémiologie Tropicales

Fibro - Endoscopie - Echographie

Membre de la Société Nationale
Française de Gastro-Enterologie

Ancien Attaché à l'hôpital Cochin - Paris

I.C.E : 002141005000015
INP : 091085829

Clinique ZERHOUNE.....

الدكتور عبد الله الخياري

خريج كلية الطب كزافيي بشا بباريس

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

شهادة الدراسات العليا في علاج وجراحة

أمراض المخرج وال بواسر

شهادة الدراسات العليا في الأمراض
الاستوائية والعدوña الإفريقية

تشخيص ووقاية أمراض الجهاز الهضمي
بالمنظار والأشعة الصوتية

عضو بالجمعية الوطنية الفرنسية
لأمراض الجهاز الهضمي

ملحق سابق بمستشفى كوشان بباريس

28/08/20

Merci d'admettre M. CHEDDADI Abdellouah.

pour: une Coloscopie + une Gastroscopie S.A. AL

Motif : Douleurs abdominales

.....
.....
.....

Assurance : MUPRAS

Hôpital de jour.

NB : Un éventuel acte thérapeutique per-endoscopique sera facturé en sus du forfait (Polypectomie, Mucosectomie, injection de produits sclérosants et ou hémostatiques etc ...).

I.C.E : 002141005000015
INP : 091085829
I.F : 41606374

Dr. A. KHYARI
GASTROENTEROLOGIST
105 Bis Av 2 Mars (Angle My Idriss 1^{er})
Résidence Aimen Alkair I - CASA - Tél. : 05.22.83.59.22/23 - Fax : 05.22.82.45.43 - GSM : 06.61.45.87.28
105 مكرششارع 2 مارس إقامة أيمان الخير 1 (زاوية مولاي ادريس الأول) - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.83.59.22/23 - الفاكس : 05.22.82.45.43 - GSM : 06.61.45.87.28

I.C.E : 002141005000015

INP : 091085829

DOCTEUR ABDALLAH KHYARI

Diplômé de la Faculté de Médecine Xavier Bichat Paris

Spécialiste en hépato-gastro-entérologie

Proctologie Médico-Chirurgicale

Casablanca le, 31/08/2020

FIBROSCOPIE OESOGASTRODUODÉNALE

Mr CHEDDADI Abdelouhab

Anesthésie : Pr Miloudi

Lieu : Cl. Zerhoun

Appareil : Olympus Clv 180

Clinique

Epigastralgies.

Examen

Oesophage

Muqueuse cardioœsophagienne normale.

Cardia muqueux en place.

Estomac

Lac muqueux clair.

Muqueuse fundique et son plissement normaux. 2 biopsies.

Muqueuse antrale de type inflammatoire. 3 biopsies.

Pylore aisément franchi avec une muqueuse normale.

Bulbe

Muqueuse et morphologie normales.

Duodénum post-bulbaire

Muqueuse normale.

Conclusion

Gastrite antrale.

Biopsies.

I.C.E : 002141005000015
INP : 091085829
I.F : 41606374

KHYARI
ASTROENTEROLOGUE
105 Bis Av 2 Mars (Angle My Driss 1er)
Résidence AIMEN 1 - Casablanca