

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 045701

ND: 52614

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5044 Société : RAT

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KERDOUN JOHANNED

Date de naissance : 12-06-63

Adresse : KERDOUN 9 @ GMAIL. COM

Tél. : 0661193876 Total des frais engagés : 2000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/11/2020

Nom et prénom du malade : ABDELKADER

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

Nature de la maladie : PNEUMONIE

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 : 08/12/2020

Signature de l'adhérent(e) : KA

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
12/11/82	Orif. facture N° B235/20		165000	

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
	12/11/82	P36	35000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION	
	[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



Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Casablanca, le 22/11/2020

Nom & Prénom : **ABERCHANE Laila**
Prescrit par : **Dr SABIR Mostapha**
Ref. : **20H1615**

Prélevé ou parvenu au laboratoire le : 19/11/2020
Organe ou nature du prélèvement : Biopsies gastriques.
Renseignement(s) clinique(s) : Age : **49 ans**
pangastrite modérée. iHP ?

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

6 plans de coupe sériés sont réalisés sur les 5 fragments biopsiques reçus. Ceux-ci montrent une muqueuse gastrique antro-fundique légèrement inflammatoire, micro-congestive, non atrophique et non métaplasique, comportant de très discrètes érosions superficielles et un infiltrat mononucléé lymphoplasmocytaire et polynucléaire grêle, régulièrement réparti, sans îlot lymphoïde à centre clair associé. On ne décrit pas de dédifférenciation épithéliale glandulaire ni d'atypies cellulaires dysplasiques.

Rares HP en très faible quantité (+).

CONCLUSION :

*Gastrite antro-fundique minime micro-congestive, très discrètement érosive, non atrophiante et non métaplasante, avec HP en très faible quantité (+).

*Pas de dysplasie.

Dr. Meryem Cherkaoui,
Pathologiste

Pathologiste
59, Boulevard Rahal El Meskini
Casablanca - Tél. : 05 22 54 01 93



Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

Nom & prénom : **ABERCHANE Laila**

FACTURE N° : 20/1684

DATE : 19/11/2020

Désignation	Cotation	Montant
Biopsies simples	320P	350,00

Total Cotation	Total Montant
	350,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

PAYÉ EN ESPÈCES



59, Bd Rahal El Meskini - 3^e étage - Casablanca الطابق الثالث - الدار البيضاء 59 شارع رحال المسكيني

Tél : 05 22 54 01 93 - Fax : 05 22 44 78 02 - E-mail : patholab6@hotmail.fr - Taxe professionnelle : 34303849 - I.F : 41903849

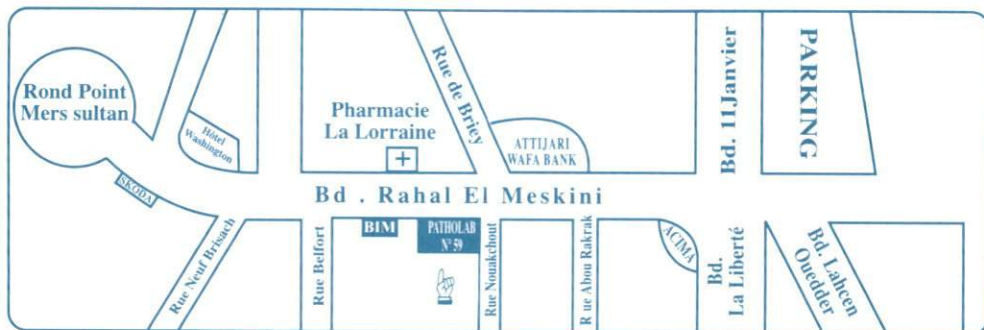
I.C.E : 001807132000085 - I.N.P : 093003234



Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryam Cherkaoui

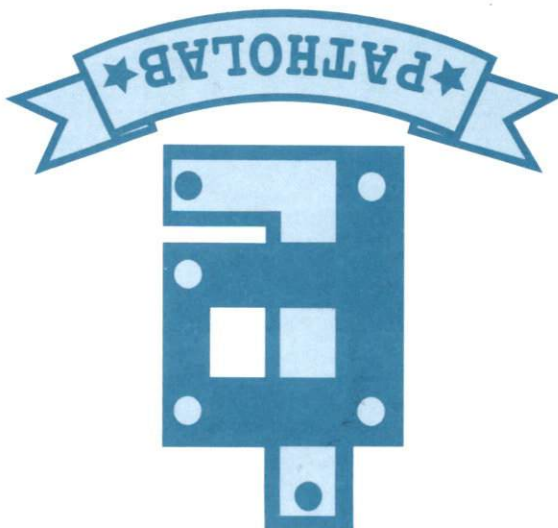
Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France



Le laboratoire peut récupérer vos prélèvements sur place

59, شارع رحال المسكيني - الطابق الثالث، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.54.01.93 - الفاكس : 05 22.44.78.02
 59, Bd. Rahal El Meskini 3^e étage - Casablanca - Tél. : 05 22.54.01.93 - Fax : 05 22.44.78.02
 E-Mail: patholab6@hotmail.fr

59, Bd. Rahal El Meskini 3^e étage - Casablanca - Tél. : 05 22.54.01.93 - Fax : 05 22.44.78.02
 E-Mail: patholab6@hotmail.fr





Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

20 H 16 15, 19 11 2000

Demande d'Examen anatomo - cytopathologique

Nom & Prénom :

ABOUCHANE Laura

Age :

Examen demandé par le Dr.

SABIR

Nature du prélèvement :

Renseignements cliniques / antécédents :

Pancreatite Nocturne
IDH



Dr. SABIR Mostapha

Hépatologie - Gastro - Endocrinologie
16, Av Driss Lahri - CASABLANCA

Tél: 05 22 22 90 64 / 65

59, Bd Rahal El Meskini 3^e étage Casablanca

Tél : 05 22 54 01 93 Fax : 05 22 44 78 02

Email : patholab6@hotmail.fr



Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques

Dr Meryem Cherkaoui

59, Bd Rahal El Meskini - 3^e Etage - Casablanca

Tél : 05 22 54 01 93 - Fax : 05 22 44 78 02

E-mail : patholab6@hotmail.fr - TP: 34 30 38 49

Reçu

Date : 19/11/20

Réf. : 20H1615

Lieu Envoi : PATHOLAB

Nom & prénom : Mme **ABERCHANE** Laila

Nature du prélèvement : Biopsies



Réception : Le 19/11/20 A 11H38

Résultat Prévu : Le 24/11/20 A 17H30

Montant : 350,00

Payé : 350,00

Reste :

Casablanca, le 19 11 2020

N° ABERCHATE laile

Compte Rendu de Fibroscopie gastrique

Inspe- p : Normal, Cardia en place

Extenc : lac biléain ++
aspect de gastrite chronique diffuse
modérée plus marquée au niveau de
l'antre sans autres lésions suspectes
de fleg et cancers - biopsie faite

Sulm duodenum : Normal

Conclusion : gastrite chronique - biopsie faite
reflex duodeno-gastrique

Dr. SABIR Mostapha
Hepato - Gastro - Endrologue
26, Av Driss Lhadj - CASABLANCA
Tél: 05 22 22 90 64 / 65

CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA**BULLETIN D'ENTREE / SORTIE****N° DE DOSSIER** CAB20K19070839**NOM DU PATIENT** Mme ABERCHANE LEILA**MÉDECIN TRAITANT** SABIR MOSTAPHA**PRISE EN CHARGE** PAYANT MUPRAS**DATE D'ENTREE** 19/11/2020**DATE DE SORTIE** 19/11/2020**MODE DE SORTIE**

Clinique Ain Borja
25, Boulevard Ifti Ain Borja
CASABLANCA ®
Tel: 05 22 41 63 63-Fax: 05 22 40 11 12

CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA



090062894

CASABLANCA Le : 19-11-2020

Facture N° 13235/20

A. Identification

N° Dossier : CAB20K19070839

N° Identifiant : 025637/20

Nom & Prénom : Mme ABERCHANE LEILA

C.I.N : AB80033

Adresse : AIN SBAA CASA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : ABERCHANE LEILA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 19-11-2020

Date Sortie : 19-11-2020

Médecin traitant : DR . SABIR MOSTAPHA

Traitement : FIBROSCOPIE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	FIBROSCOPIE		1 650,00			1 650,00
Total Rubrique :						1 650,00
PARTIE CLINIQUE :						1 650,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						1 650,00

MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Cachet et Signature

Clinique Ain Borja
25, Boulevard Ifni Ain Borja
CASABLANCA
Tel: 05 22 41 63 63 Fax: 05 22 40 11 12

CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA

PATIENT : Mme
ABERCHANE LEILA

N° DOS :
CAB20K19070839
Sejour : Du
19/11/2020 au
19/11/2020
MT : Dr. SABIR
MOSTAPHA



Reçu N°: 46822

Paiement du 19/11/2020 10h05

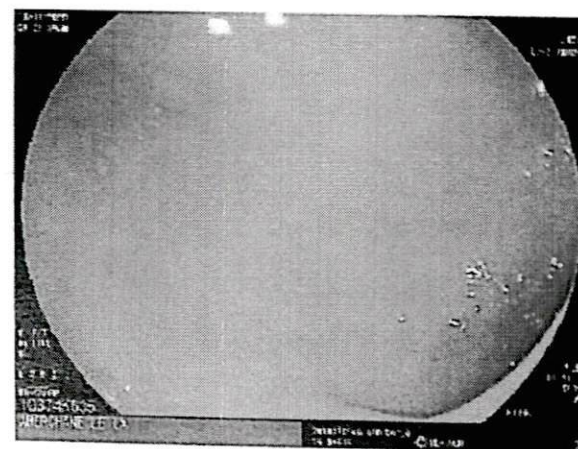
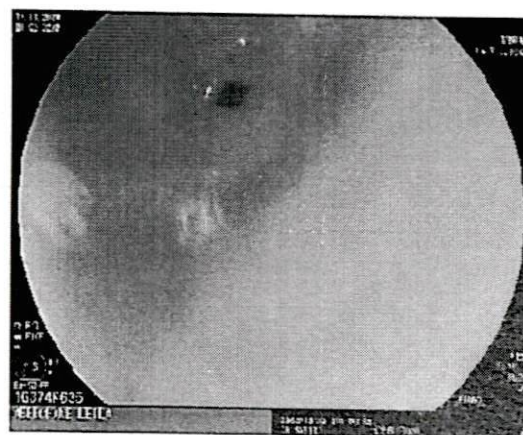
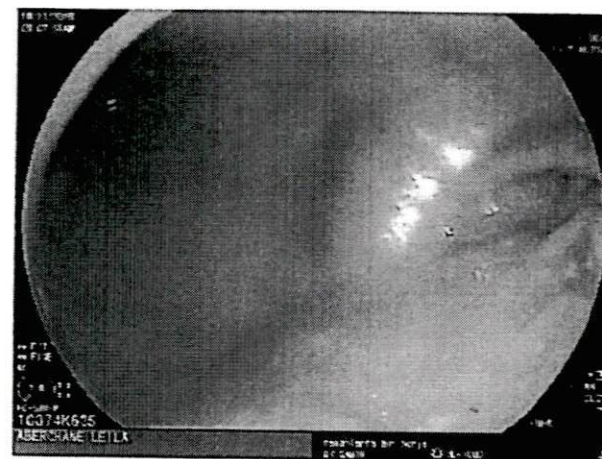
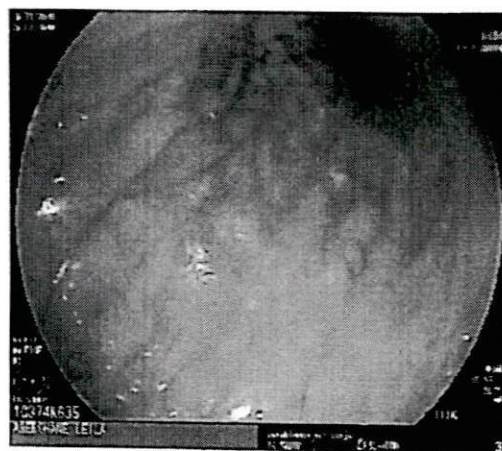
Montant

1 650,00 Dh

Type de paiement

ESPECE

Imprimé par : FETHEDDINE MOHAMED Le
19/11/2020 10h05



ABERCHANE LEILA
FIBROSCOPIE
Dr SABIR
19/11/2020