

# 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.

## Pathologie 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.



# MUPRAS

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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 50441 Société : RAN

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : KERDOUN MOHAMMED

Date de naissance : 12-06-63

Adresse : KERDOUN g @ GMAIL. com

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 19/11/2011

Nom et prénom du malade : 12322000 Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Patho-hist.

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

Signature de l'adhérent(e) : KH

Le : 08/12/2020

## Déclaration de Maladie

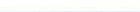
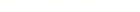
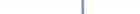
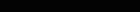
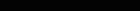
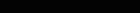
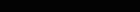
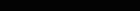
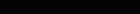
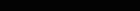
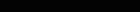
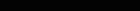
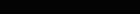
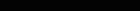
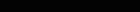
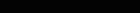
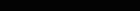
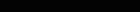
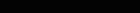
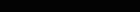
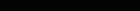
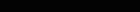
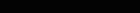
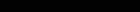
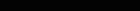
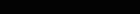
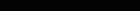
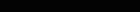
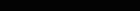
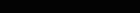
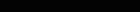
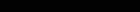
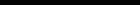
Nº P19- 045701

ND: 52614

Optique

Autres

## 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
19.11.82	Visite facture N° Ba 35/22		16200,00	                                                                                                                                  <img alt="Handwritten signature of Dr. SABIA" data-bbox="

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Capitale et Région du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>PATHOLOGIE</b> 59, Bld Rahal El M... Tél. 06 22 54 01 93	10/11/80	P 360	3500 Fr.

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

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. HP ?

## 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  
Dr. Meryem Cherkaoui  
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*

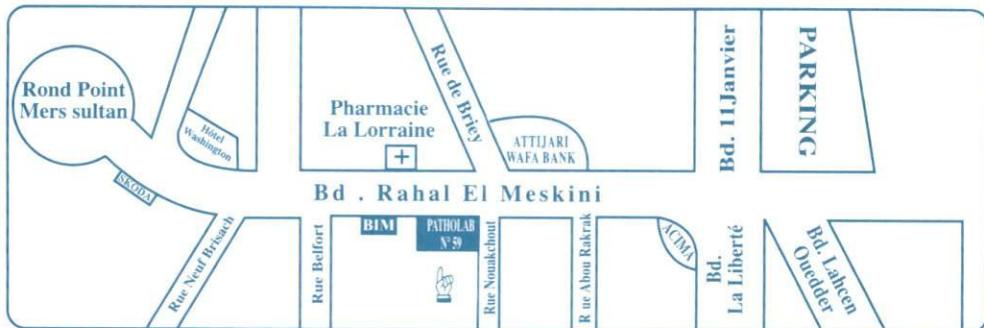




# Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

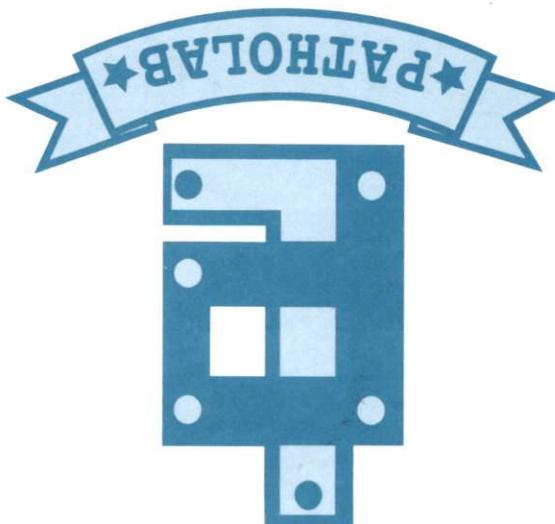


**Le laboratoire peut récupérer vos prélèvements sur place**

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<sup>ème</sup> étage - Casablanca - Tél. : 05 22.54.01.93 - Fax : 05 22.44.78.02  
E-Mail: patholab6@hotmail.fr

E-Mail: patholab6@hotmail.fr

59, Bd. Rahal El Meskini 3<sup>ème</sup> étage - Casablanca - Tél. : 05 22.54.01.93 - Fax : 05 22.44.78.02





# Laboratoire de pathologie ★ Pathology Center

Dr Meryem Cherkaoui

Diplômée de l'Université Claude Bernard de Lyon - France

20 H 16 15', 19 II 2020

## Demande d'Examen anatomo - cytopathologique

Nom & Prénom :

Abdelkader Laâla

Age :

Examen demandé par le Dr.

Sabir

### Nature du prélèvement :

### Renseignements cliniques / antécédents :

Pré opératoire Nocellee  
1H



59, Bd Rahai El Meskini 3<sup>e</sup> étage Casablanca

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

Email : patholab6@hotmail.fr

Dr. SABIR Mostapha  
Hepato - Gastro - Endroite  
16, Av Driss Lahmli - CASABLANCA  
Tél: 05 22 22 90 64 / 65  
Dachet et Signature



# Laboratoire d'anatomie et cytologie pathologiques

Dr Meryem Cherkaoui

59, Bd Rahal El Meskini - 3<sup>e</sup> 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 :

19/11/2020

Casablanca, le

ن° Abscracte Case

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

Compte Rendu de fibroscopie digestive

Osophag : Normal, cardia en place

Estomac : Aspects de petite ulcérone - Diffuse  
modérée plus marquée au niveau de  
l'antre sans autres signes suspect  
de face et contours - Biopsie faite

Colon transverse : Normal

Rectum : Paroi très épaissie - Biopsie faite  
reflux duodeno-rectal

Dr. SABIR Mostapha  
Hepato - Gastro - Ectrologue  
26, Av Driss Lahlili - 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 Ifni 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

### 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

### B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : ABERCHANE LEILA

Médecin traitant : DR . SABIR MOSTAPHA

Traitements : FIBROSCOPIE

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

MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Cachet et Signature

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

# CLINIQUE CASABLANCA AÏN BORJA

PATIENT : Mme  
ABERCHANE LEILA

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



Reçu N°: 46822

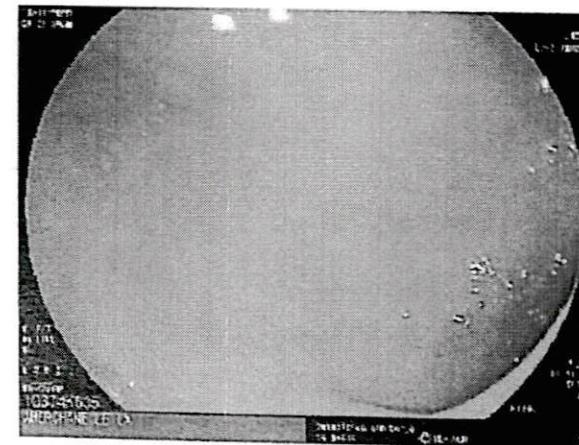
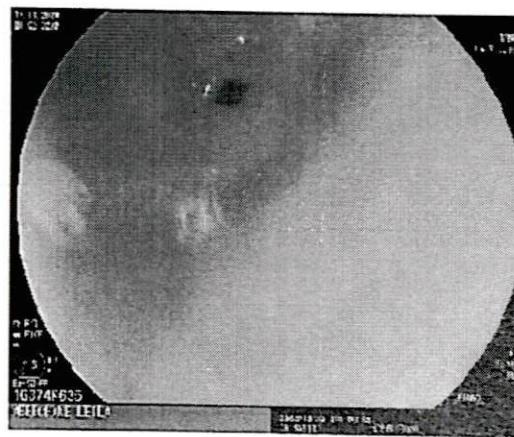
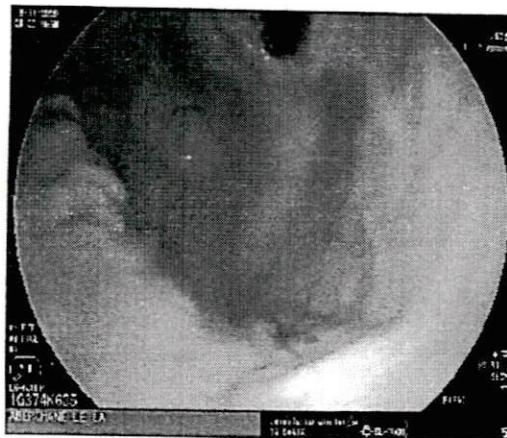
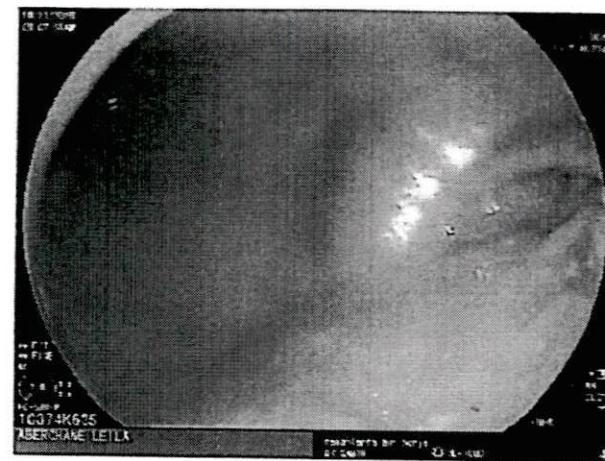
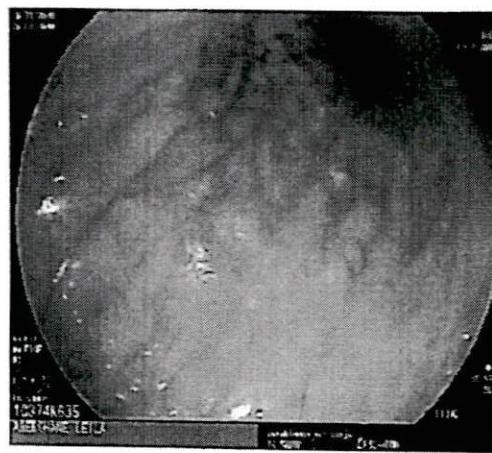
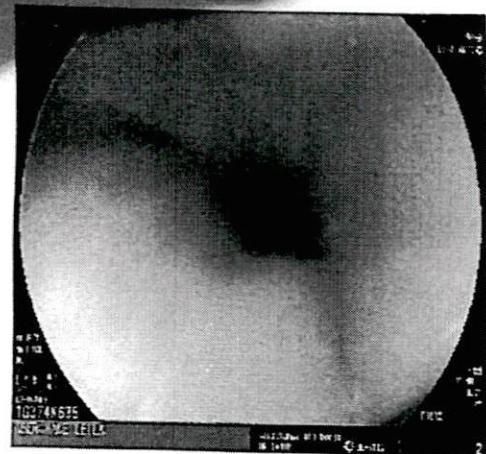
Paiement du 19/11/2020 10h05

Montant

1 650,00 Dh

Type de paiement

ESPECE



ABERCHANE LEILA  
FIBROSCOPIE  
Dr SABIR  
19/11/2020