

# 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

- Reclamation : 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 - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

Complément remboursement  
**Déclaration de Maladie**

M22- 0031011 194 317

M. Edouard Rachida épouse Eloufi  
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 317 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 155849  
Nom & Prénom : ELA FIR MUSTARHA  
Date de naissance : 16 Août 1942  
Adresse : Lotissement Provence Impasse 1 n°11. CMA  
Tél. : 06 70 91 00 92 Total des frais engagés : 36 79, 72 04 Dhs  
05 22 23 32 54

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie :  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie :  
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 : 5 Mai 2023 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



<b>RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES</b>				
<b>Dates des Actes</b>	<b>Natures des Actes</b>	<b>Nombre et Coefficient</b>	<b>Montant détaillé des Honoraires</b>	<b>Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes</b>

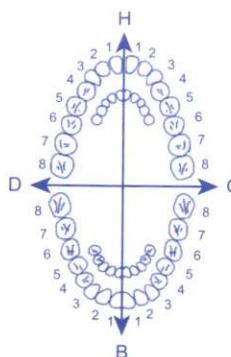
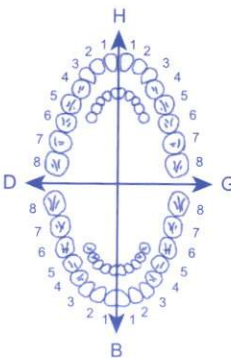
[illegible][illegible][illegible]

# 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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>  	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>  25533412  00000000  00000000  35533411 </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  21433552  00000000  00000000  11433553  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b> </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le 26/12/2022

M<sup>me</sup> Edouhar Rachida

$\frac{215 \times 25}{430}$   
 1.

Gomifague 350mg



2x50ml

100 ml

**PHARMACIE ABOU ZAID**  
 S.A.R.L.  
 Rue N°04, Massira 2, Bournazel  
 Casablanca  
 Tel: 0522 70 22 84 Fax: 0522 71 30 79





## Instructions à suivre

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, ...).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances transmises doivent être accompagnées des codes à barres des médicaments achetés.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNSS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Certaines prestations ne peuvent donner lieu au remboursement que suite à accord préalable. La liste de ces dernières est disponible auprès de tout le réseau CNSS.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## تعليمات يجب إتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، ...).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الوصفات المرسلة بالرمز الشريطي للأدوية المنتشرة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الانبثاقية إلى الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية. ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

تعويض بعض الخدمات يظل رهينا بطلب الموافقة المسبقة.

لائحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع وكالات الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع الوكالة Cachet et signature de l'Agence	خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري Réservé à la DAMO
Identification de l'agent : .....	تاريخ الاستلام : .....
Date de dépôt du dossier : .....	Date d'arrivée : .....

 الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		مدينة التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire	مرجع رقم 610-1-02 Réf.	REF:ANAM : 1.201.01
	موافقة مسبقة Entente préalable *	تنفيذ Exécution *			

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : <b>EDDAHAR RACHIDA</b>	
رقم التسجيل : <b>121411213121812161</b>	
رقم بطاقة التعريف الوطنية : <b>101-131717115131</b>	
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *	
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج	Enfant <input type="checkbox"/> ابن
العنوان : <b>Potissement Provence Imp. 1 N° 11 OASIS CASA</b>	
Montant des frais : <b>3719,72</b> Dhs	مبلغ المصاريف :
عدد الوثائق المرفقة : <b>12</b>	تصريح الطبيب المعالج

Déclaration du médecin traitant	
Bénéficiaire de soins	
الاسم العائلي والشخصي : .....	
Date de naissance : .....	
N° CIN : .....	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ذكر	
INPE et code à barres **	
INPE 09114130	
Médecin traitant	
المؤسسة العلاجية	

Type de soins*	
Hospitalisation <input type="checkbox"/>	Accident <input type="checkbox"/>
Maternité <input type="checkbox"/>	Maladie <input checked="" type="checkbox"/>

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : .....	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : .....
Le : <b>12/14/12</b>	Le : <b>2012</b>
توقيع المؤمن له Signature de l'assuré(e)	توقيع وطابع الطبيب المعالج Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case  
\*\* Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

Description des actes effectués				وصف العمليات المجرىة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant	
21/12/2022	C2		3000	<b>Docteur Jafar ZEMRAG</b> <b>CHIRURGIEN UROLOGUE</b> 32, Rue Taha Houcine (ex. Gallilé) Or Gauthier - Casablanca Tél : 05 22 26 70 98 / 26 72 24	
INPE et code à Barres 1-1-091141309-1					
21/12/2022			4000	<b>Docteur Jafar ZEMRAG</b> <b>CHIRURGIEN UROLOGUE</b> 32, Rue Taha Houcine (ex. Gallilé) Or Gauthier - Casablanca Tél : 05 22 26 70 98 / 26 72 24	
INPE et code à Barres 1-1-091141309-1					

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
INPE et code à Barres 1-1-091141309-1						
INPE et code à Barres 1-1-091141309-1						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				عمليات الإحياء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
26/12/22			2000	<b>Mme EDDAHAR Rachida</b> Dossier : g1221008 / Date 21.12.2022 Total B: 198 / Dossier : 265,32DH B 90 B 60B 30B 18	
INPE et code à Barres 1-1-INPE-093000248-1					
Radiologie Annuale					
Dr. FARAJ HAMZA					
INPE : 061295773					
INPE et code à Barres 1-1-INPE-093000248					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثلث المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
26.12.2022	430,00	<b>PHARMACIE ABOU ZAID</b> Rue 36 N°10 S.A.R.L. Massira 2. Bournazel Casablanca Tél : 0522 70 72 84 Fax 0522 71 30 75
INPE et code à Barres 1-1-INPE-092001197		
21/12/22	284,20	<b>PHARMACIE HIVERA</b> Dr. ESSALMI Abdelaziz Angle Bd Ghandi et Rue des Eperviers - Marché Riviera - Tél : 05 400 45 700 - Casablanca
INPE et code à Barres 1-1-INPE-092001197		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total



CASABLANCA, LE 28/12/2022

## FACTURE

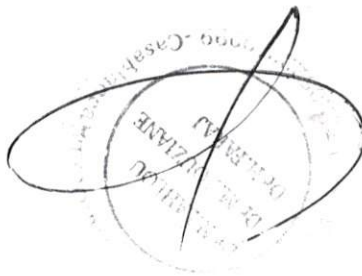
N° Admission : 22012934      N° Facture : 22012623      Date facturation : 26/12/2022

Nom et prénom du patient : **RACHIDA EDDAHAR**

Convention : **PAYANT**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
SCAN URO	1.00	2 000.00	2 000.00
		Sous-Total	2 000.00
Arrêtée la présente facture à la somme de :		<b>Total</b>	<b>2 000.00</b>
Deux mille dirhams			
Immatriculation :			
N° prise en charge :			

Notre compte bancaire :



le 22/12/2022

Mme eddahar rachida

mme

LABORATOIRES D'APPLICATIONS  
SCIENTIFIQUES  
11-13, Rue Houcine BEN ALI  
CASABLANCA - Tél: 05 22 27 64 84



Mme EDDAHAR Rachida  
Ddn 02.02.1949 / F  
Nr dossier : g1222015 /



pour scan en flot ordonnance



البيان الدوري لتعويضات التأمين  
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين  
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance  
Maladie Obligatoire  
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب  
Le : 14/02/2023 : بتاريخ

الصفحة Page 1 / 1

N° d'immatriculation	141332826	رقم التسجيل	EDDAHAR RACHIDA
Règlements de la période		أداءات الفترة	
du : 06/02/2023	من		
au : 06/02/2023	إلى		

Veillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استقدمتم منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
EDDAHAR RACHIDA											
114269396	21/12/2022	PH	PHARMACIES D	714,40	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	06/02/2023	190,26
114269396	21/12/2022	ECHO	OFFICINES UROLOGIE	400,00	200,00	1,00	1,00	200,00	70,00	06/02/2023	140,00
114269396	21/12/2022	TDM	RADIOLOGIE	1300,00	1000,00	1,00	1,00	1000,00	70,00	06/02/2023	700,00
114269396	21/12/2022	B	LABORATOIRES D	265,32	217,80	198,00	1,00	217,80	70,00	06/02/2023	152,46
114269396	21/12/2022	CS	ANALYSES UROLOGIE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70,00	06/02/2023	105,00
114269396	21/12/2022	T223	RADIOLOGIE	700,00	640,00	64,00	1,00	640,00	70,00	06/02/2023	448,00
Total remboursé											1735,72
Total général remboursé 3679,72											1735,72

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web  
ou le portail des assurés  
ou l'application mobile  
ou appeler notre serveur vocal au numéro  
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

[www.cnss.ma](http://www.cnss.ma)  
[www.cnss.ma/Portail/](http://www.cnss.ma/Portail/)  
« Ma CNSS »  
080 20 30 100  
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني  
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم  
أو تطبيق الهاتف

أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم  
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام



**Docteur Jafar ZEMRAG**  
**Chirurgien Urologue**

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy  
Ancien Assistant - Chef de Clinique  
Membre de l'Association Française d'Urologie  
Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins  
et des Voies Génito Urinaires  
Lithotripte Extracorporelle - Greffes Rénales  
Echographie - Circoncision - Andrologie  
Montages Vasculaires pour Hémodialyse

**الدكتور جعفر زمراك**  
**جراحة المسالك البولية والتناسلية**

خريج كلية ننسي (فرنسا)  
رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية  
والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بننسي  
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية  
أمراض جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية و التناسلية  
عقم عند الرجال. زرع الكلية. طهارة الأطفال

Casablanca, le

21/12/2022

U EDDAHAR  
Ladide

1) Urolithiases sans et  
avec uij

Dr N. LAHLOU  
Dr M. BOUZIANE  
Dr H. FARAJ  
Dr. Belhaj Soulam Abdelilah  
Médecin Radiologue

Docteur Jafar ZEMRAG  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
32, Rue Taha Houcine (ex. Gallilé)  
Quartier Gauthier - Casablanca  
Tél : 05 22 26 70 98 / 05 22 26 72 24

**Docteur Jafar ZEMRAG**  
**Chirurgien Urologue**

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy  
Ancien Assistant - Chef de Clinique  
Membre de l'Association Française d'Urologie  
Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins  
et des Voies Génito Urinaires  
Lithotripte Extracorporelle - Greffes Rénales  
Echographie - Circoncision - Andrologie  
Montages Vasculaires pour Hémodialyse

**الدكتور جعفر زمراك**  
**جراحة المسالك البولية والتناسلية**

خريج كلية ننسي (فرنسا)  
رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية  
والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بننسي  
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية  
أمراض جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية و التناسلية  
عقم عند الرجال - زرع الكلية - طهارة الأطفال

Casablanca, le

21/12/2022

M EDDAHAR  
Radida

E.C.B.U

creatinine 29 µ



Mme EDDAHAR Rachida  
Ddn 02.02.1949 / F  
Nr dossier : B221008 /  
pour scan en fot ordonnance

**Docteur Jafar ZEMRAG**  
**CHIRURGIEN UROLOGUE**  
32, Rue Taha Houcine (ex. Gallilé)  
Qr Gauthier - Casablanca  
Tél : 05 22 26 70 98 / 26 72 24



**Docteur Jafar ZEMRAG**  
**Chirurgien Urologue**

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy  
Ancien Assistant - Chef de Clinique  
Membre de l'Association Française d'Urologie

Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins  
et des Voies Génito Urinaires  
Lithotripte Extracorporelle - Greffes Rénales  
Echographie - Circoncision - Andrologie  
Montages Vasculaires pour Hémodialyse

**الدكتور جعفر زمراك**  
**جراحة المسالك البولية والتناسلية**

خريج كلية ننسي (فرنسا)  
رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية  
والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بننسي  
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية  
أمراض جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية و التناسلية  
عمم عند الرجال . زرع الكلية . طهارة الأطفال

Casablanca, le 21/12/2023

mu ODDAHAN Redide

Sfady  
27.50

6/

2 2

Prof 1 hypo  
4170

215- Rec 40  
T- 284.2071

MACIE RIVIERA  
ESSALHI Abdelaziz  
Bd. Ghandi et Rue  
Riviera - Marché Riviera  
745 700-Casablanca

**Docteur Jafar ZEMRAG**  
**CHIRURGIEN UROLOGUE**  
32, Rue Taha Houcine (ex. Gallié)  
Qr Gauthier - Casablanca  
Tél : 05 22 26 70 98 / 05 22 26 72 24

# C O U D O N

## LABORATOIRE D'APPLICATIONS SCIENTIFIQUES

A.TOUIMI BENJELLOUN  
Pharmacien Biologiste  
Docteur d'Etat en Pharmacie  
Professeur Agrégé de Biochimie  
de la Faculté de Nancy

Docteur J. TAZI SIDQUI  
Anatomo-cytopathologiste  
de la Faculté de Paris VI  
Ancien Maître-Assistant  
C.H.U de Rabat

Y.TOUIMI BENJELLOUN  
Ep.TAHIRI  
Pharmacien Biologiste  
de l'Université Libre  
de Bruxelles

Membres **uni**  **bio** International

### FACTURE

Numéro g1222015

N° Matricule:

Analyses du 22.12.2022

Prescrit par : Dr RADIOLOGIE ANOUAL

**Madame EDDAHAR Rachida**  
LOT PROVENCE IMPASSE 1  
N 11 OASIS  
CASABLANCA

Le 22 Décembre 2022

U

TOTAL des B ..... : 30  
TOTAL Facture : 40,20 DH

PAYE

LABORATOIRES D'APPLICATIONS  
SCIENTIFIQUES  
11-13, Rue Houcine BEN ALI  
CASABLANCA - Tél: 05 22 27 64 84



# COUDON

## LABORATOIRE D'APPLICATIONS SCIENTIFIQUES

A.TOUIMI BENJELLOUN  
Pharmacien Biologiste  
Docteur d'Etat en Pharmacie  
Professeur Agrégé de Biochimie  
de la Faculté de Nancy

Docteur J. TAZI SIDQUI  
Anatomo-cytopathologiste  
de la Faculté de Paris VI  
Ancien Maître-Assistant  
C.H.U de Rabat

Y.TOUIMI BENJELLOUN  
Ep.TAHIRI  
Pharmacien Biologiste  
de l'Université Libre  
de Bruxelles

Membres **uni**  **bio** International

### FACTURE

Numéro g1221008  
N° Matricule:  
Analyses du 21.12.2022  
Prescrit par : Dr ZEMRAG Jafar

**Madame EDDAHAR Rachida**  
LOT PROVENCE IMPASSE 1  
N 11 OASIS  
CASABLANCA

Le 21 Décembre 2022

CBU BACU ATB1 CRE PDS1

TOTAL des B .....: 198  
TOTAL Facture : 265,32 DH

PAYE

LABORATOIRES D'APPLICATIONS  
SCIENTIFIQUES  
11-13, Rue Houcine BEN ALI  
CASABLANCA - Tél: 05 22 27 64 84

nom : EDDAHAR

Opérateur : Dr.J.ZEMRAG

prénom : RACHIDA

date de naissance : 02/02/1949

date d'examen : 07/09/2022

## COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE VESICALE ET RENALE

### TYPE:

INDICATION : CNG

### VESSIE :

Paroi : Normale

Tumeur : Non

Lithiase : Non

Résidu poste-mictionnel : Non

### REIN DROIT ET REIN GAUCHE :

Différenciation : Normale

Taille : Normale

Tumeur : Non

Calcul : Non

Dilatation : Non

### CONCLUSION :

Rein droit normal  
Kyste et Calcul RG,  
Vessie normale

Docteur Jafar ZEMRAG  
CHIRURGIEN UROLOGUE  
32, rue Taha Houchi  
Or Gauthier - Casablanca  
Tel : 05 22 26 70 98 / 26 72 24



**MME. EDDAHAR RACHIDA**

- Aspect normal du rétro-péritoine axial.
- Pas de syndrome de masse de l'étage pelvien.

**Au total :**

- Trois images de microlithiases du rein gauche, sans syndrome obstructif urinaire, ni retentissement sur les cavités rénales.
- Vessie de morphologie normale, sans anomalie de paroi.

**DR A. BELHAJ SOULAMI**



Casablanca, le 26 Décembre 2022

**DR ZEMRAG JAFAR**

**MME. EDDAHAR RACHIDA**

## COMPTE RENDU

### URO SCANNER

#### Indication :

- Colique néphrétique gauche.
- Kyste du rein gauche.
- Calcul rein gauche ?.

#### Technique :

- Acquisition hélicoïdale sur les voies urinaires sans puis après injection IV de contraste iodé, au temps artériel sur les reins et au temps urographique sur l'ensemble des voies urinaires.
- Reconstructions MIP et 3D.

#### Résultat :

##### A droite :

- Rein de dimension normale, aux contours réguliers, avec une parenchymographie homogène, sans calcul décelable.
- Les cavités pyélocalicielles sont fines, sans retard de sécrétion, se drainant par un uretère fin et perméable sans obstacle apparent.

##### A gauche :

- Présence de trois microlithiases, deux au niveau de groupe caliciel moyen et la troisième au niveau de groupe caliciel inférieur.
- A noter la présence d'un kyste médio-rénal gauche de 40mm de diamètre.
- Pas de dilatation pyélocalicielle ou urétérale gauche.
- Vessie de taille et de morphologie normales, sans anomalie pariétale ou endoluminale en particulier pas de lithiase visible.

##### Sur le reste de l'examen :

- Pas d'anomalie hépato-biliaire ou pancréatique.
- Pas d'hypertrophie ni nodule surrénalien.
- Rate de taille normale, homogène.

.../...