

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

204707

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

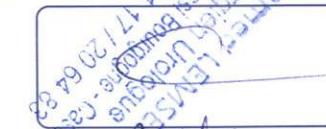
**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule :	1300	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : BIAZ Najib		
Date de naissance : 15-NOV-1949		
Adresse : Bd MEKKA - lotissement FLORIDA - Rue 6 - Lots Céléstine casa		
e-mail : nbiaz@hotmail.com		
Tél. :	06 61 14 86 51	Total des frais engagés : 2700 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation :

22 MAI 2024

Nom et prénom du malade : Mr BIAZ Age:

N. J. B. 70

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : casa Le : 07/05/2024

Signature de l'adhérent(e) :



## **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
22/04/2014	A	1	3000	Dr. Jean-Pierre LEBRUN

## **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
 <b>ODIAGNOSTIC</b> Dr. OUDANI - Maroc Tél: 0522 23 33 33 Fax: 0522 23 33 33	23.10.2014	220	2400,-

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

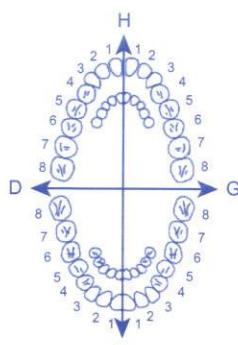
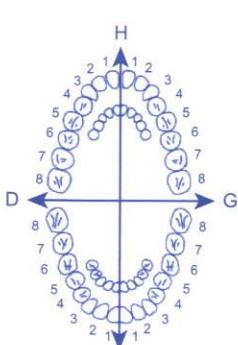
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux [Empty box]												
				Montants des soins [Empty box]												
				Début d'exécution [Empty box]												
				Fin d'exécution [Empty box]												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		Coefficient des travaux [Empty box]	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Montants des soins [Empty box]													
			Date du devis [Empty box]													
			Date de l'exécution [Empty box]													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur M'hamed LEMSEFFER

CHIRURGIEN UROLOGUE

Endoscopie et Chirurgie des Reins  
et des Voies Urinaires

Greffes Rénales

Lithotripsie Extra Corporelle

Stérilité Masculine

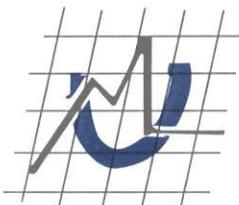
Ancien Interne des Hôpitaux de Montpellier

Ancien Assistant des Hôpitaux de Montpellier

Ancien Chef de Clinique Urologique

à la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de l'Association Française d'Urologie



الدكتور محمد المسفر

جراحة الكلى والمسالك البولية

زرع الكلية

تفتيت الحصى بالأشعة

الأمراض التناسلية والعقم

خريج كلية الطب بمونبولي

رئيس سابقًا لمصلحة جراحة الكلى

والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بمونبولي

عضو الجامعة الفرنسية لجراحة المسالك البولية

Casablanca, le ..... 22 AVR 2024 ..... الدار البيضاء في :

N°-BRAZ

NASIB -

Urseane and er of  
( hitte cal = + ne -  
Hypotonie RC +++ )

Dr. M'hamed LEMSEFFER  
Chirurgien Urologue  
Rue El Alloussi - Bourgogne  
Casablanca - Tel: 05 22 27 41 17  
Fax: 05 22 20 64 83  
E-mail: drlemseffer-uro@hotmail.com

Dr M'hamed LEMSEFFER  
Chirurgien Urologue  
Rue El Alloussi - Bourgogne  
Casablanca - Tel: 05 22 27 41 17  
Fax: 05 22 20 64 83

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique BADR : 05 22 49 28 00 / 05 22 49 23 80 / 81

24. زنقة العلوسي - بورگون (أمام مصحة بدرا) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 96 63 - الفاكس : 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

24, Rue El Alloussi - Bourgogne (en face Clinique BADR) - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

Fax : 05 22 20 96 63 - E-mail : drlemseffer-uro@hotmail.com

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
 Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
 Dr. Wafae MSEFER FAROUQUI  
 Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
 Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
 Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
 Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
 I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

Casablanca, le 23/04/2024

FACTURE N° : FA:00 4176/24

Nom : BIAZ NAJIB

Arrêtée la présente facture à la somme de : 2 400,00 Dhs  
**DEUX MILLE QUATRE CENTS DHS**

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

UROSCANNER 2 400,00 Dhs

Total de : 2 400,00 Dhs

Mode de règlement

ATTIJARI WAFABANK /007780000357900000015342

INPE : 090000324

**CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH**

400, Bd Brahim Roudani 1<sup>er</sup> étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma  
 Tél.: 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68  
 RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUKI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spirale - Dentascanner

*Au total :*

*Reins d'aspect morphologique et fonctionnel conservé, siège de deux petites lithiases calicielles inférieures gauches non obstructives et d'une microlithiasse millimétrique calicielle inférieure droite.*

*Kystes para-pyéliques gauches, sans retentissement significatif sur les cavités excrétrices.*

*Uretères fins et libres.*

*Microlithiasse vésicale de 2mm de grand axe.*

*Hypertrophie prostatique soulevant le plancher de la vessie.*

*Pas d'anomalie notable par ailleurs.*

*En vous remerciant de votre confiance*

~~Dr. YASMINA TAHIRI ZIATI~~  
~~RADIOLOGUE~~  
~~Centre de Radiodiagnostic~~  
~~40 Bd Brahim Roudani - Maârif~~  
~~Tél: 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68~~  
~~E-mail : rroudani.ath.cx:8089/images~~

N/B : Pour visualiser les images utilisez le lien,  
<http://rroudani.ath.cx:8089/images>  
Login : 631177  
Mot de Passe : 2222932010155935984

Dr. Houriya AMRANI MIKOU  
Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH  
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI  
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI  
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -  
Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie  
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie  
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca , Le 23/04/2024

Patient  
Médecin traitant  
Examen(s) réalisé(s)

**BIAZ NAJIB**  
**DR M'HAMED LEMSEFFER**  
**UROSCANNER**

#### **COMPTE RENDU**

*RC/74A/lithiases calicielles inférieures du rein gauche/hypotonie du rein gauche +++.*

**Technique :** Hélices axiales réalisées avant et après injection intraveineuse de produit de contraste, avec reconstructions multiplanaires

#### **Résultat :**

Les deux reins sont de taille normale, de contours réguliers, mesurant 99mm de grand axe à droite et 96mm de grand axe à gauche.

On retrouve deux petites lithiases calicielles inférieures gauches, de densité calcique (1080UH), mesurant respectivement 6 x 5,5 x 6mm et 4,5 x 2 x 3,5mm. Microlithiasis calicielle inférieure droite, de 2mm de grand axe.

On note également une microlithiasis vésicale visible en regard du méat urétéral droit, mesurant 2mm de grand axe.

La sécrétion et l'excrétion rénales se font dans les délais normaux de façon bilatérale et symétrique. La néphrographie est homogène.

Présence de plusieurs kystes para-pyéloïques simples du rein gauche dont le plus volumineux mesure 16mm de grand axe, sans effet de masse sur les tiges calicielles.

Petit kyste cortical simple de la lèvre postérieure du rein, de 5mm de grand axe.

Absence de dilatation des cavités pyélo-calicielles notamment du côté gauche.

Les uretères sont fins et libres.

Vessie de bonne capacité, à paroi fine, dont le plancher est soulevé par une hypertrophie du lobe médian de la prostate.

Calcifications athéromateuses de l'aorte abdominale.

Absence d'adénomégalie abdominale ou pelvienne profonde.

Pas d'épanchement liquidien intra-péritonéal notable.

Foie de volume normal, de contours réguliers, homogène.

Rate, pancréas et surrénales d'aspect respecté.

En fenêtre osseuse, il n'est pas vu de lésion d'allure suspecte.