

# 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 serie.
- 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 canalaire, 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 canalaire.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie peut uniquement être renouvelée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## 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.

66594

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 873

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MEKICCI CHIADOMI

25/06/47

Adresse :

Tél. : 0661344798

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

GASTROENTEROLOGIE  
Dr. DR. H. N. SAHER  
Tél.: 05 37 77 89 09

Date de consultation : 06/03/2014

Nom et prénom du malade : CHINONI NÉCIAZ Age : 70

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie de l'appareil digestif

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'adjudication conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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
06/07/24	CE	1	300,00	INP : 1401267601 DOCTEUR ABDELLAH BACHIR Date : 06/07/24

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Sachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>D. DOKKALI PHARMACIE ZIADY 2818, Secteur B, Ouest, CYM Rabat, Tel.: 05 37 69 30 15 102099728</p> <p style="text-align: right;">SACHE</p>	18/03/21	4.18.00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Caract. et situation du laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
RH PANDAHIL SERVICE RADIOLOGIE Tél : +212 537 51299 E-mail : contact@radioparis.com NPE : 100002881	18/03/2021	2RM ABD Pelvienne	4.000,00

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXiliaires MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

#### **BELEVE 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]										
				MONTANTS DES SOINS [ ]										
				DEBUT D'EXECUTION [ ]										
				FIN D'EXECUTION [ ]										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]										
	<p style="text-align: center;">H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>26533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">B</p>		26533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS [ ]
26533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS [ ]										
				DATE DE L'EXECUTION [ ]										

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



Rabat, le :

m. ch ZADMO m EX KZ

Paris can 0,5

صيدلية الزيادي  
PHARMACIE ZIADY  
D. DOUKKALI PHARMACIENNE  
2 Bis Avenue B. Ouest, CYM  
Rabat. Tél.: 05 37 69 30 15  
~~102099728~~

Pr. EL HASSANI Moulay Rachid  
Radiologie  
INPE: 101110732  
Polyclinique Internationale Riad Annakhil



ملتقى شارع النخيل والطريق الدائري S، حي الرياض - الرباط

Angle Avenue Nakhil et Rocade S, Hay Riad - Rabat

Tél: +212 537 542 000 - Fax: +212 5 37 56 46 47 - Email: contact@pira.ma

Site web: www.pira.ma

Clariscan™  
0,5 mmol/ml

19251  
1 ml

GE Healthcare

Boîte de 1 flacon de 15 mL.  
A usage unique.  
Tenir hors de la vue et de la  
portée des enfants. Lire la  
notice avant utilisation.  
Reporter le nom du produit,  
le numéro du lot et la dose  
administrée dans le dossier  
du patient.



GE Healthcare

**Clariscan™**

acide gadoterique

**0,5** mmol/ml

**Solution injectable**  
**1 x 15 mL**

**Respecter les doses prescrites**  
Liste I - Uniquement sur  
ordonnance

Distribué par  
CYCLOPHARMA lot 84,  
Z.I. Ouled Saleh  
Bouskoura-Nouaceur

N° AMM: 162/19/DMP/21/

Clariscan™ 0,5 mmol/ml  
acide gadoterique

Chaque mL contient 279,3 mg  
d'acide gadoterique,  
équivalent à 0,5 mmol.

15 mL contiennent 4189,8 mg  
d'acide gadoterique (sous forme  
de sel de méglumine), équivalent  
à 7,5 mmol.  
Excipients: Méglumine,  
tetraetoxon (DOTA), eau P.P.I.

EXP : 08-2022  
Lot n° : 15261393  
1196799 MAR

**CLARISCAN™ 0,5 mmol/ml**  
**SOLUTION INJECTABLE 1x15ml**





## CABINET D'HEPATO - GASTRO - ENTEROLOGIE

Endoscopie digestive - Proctologie - Echographie

Docteur H. SAHER

Rabat le : 06 / 03 / 2021

ChirAziz Naciri

IRN de la région atlantique  
périen = crête cheveux +  
ACAO de Rabat et Casablanca  
spécialisé - pronostic

SC = maladie des voies

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE  
RIAD ANNAKHIL  
SERVICE RADILOGIE  
Tél : +212 537 542 000  
E-mail : contact@pira.ma

GASTROENTEROLOGIE  
DOCTEUR H. SAHER  
Rue Abd. El Ghafiki Yazamane 2, Agdal  
Tél : 05 37 77 89 09

Rue Abderrahmane El Ghafiki Résidence Yazamane 2, Imm. A - Appt. 3 - Rabat (à Coté de la Gare Agdal)

Tél. : 05 37 77 89 09-Tél/Fax : 05 37 77 89 11 - E-mail : hsaher@hotmail.com

Patente N° : 25771074 - CNSS N° : 7176250



**Polyclinique  
Internationale  
Riad Annakil**



INPE : 100062884

**FACTURE N° 202104223**

RABAT Le : 18-03-2021

page 1 / 1

**Identification**

N° Dossier : 21C18143336 N°IPP : 003995/18  
 Nom & Prénom : M. CHIADMI MEKKI  
 C.I.N. : B7002  
 Date Naissance : 25-06-1947  
 Adresse : HAY ANDALOUS RUE 2 ALMERIA NR 134

**Organisme : Payant**  
 ICE :

**Période d'hospitalisation**

Date Entrée : 18-03-2021  
 Date Sortie : 18-03-2021

**Médecin traitant**

DR. SAHER H

**Traitements**

Radiologie

Prestations	Observation	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>RADIOLOGIE</b>						
IRM ABDOMINO-PELVienne		1	4 000,00			4 000,00
<b>Sous Total</b>						4 000,00
<b>TOTAL PARTIE CLINIQUE</b>						4 000,00
<b>TOTAL GENERAL</b>						<b>4 000,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : **QUATRE MILLE DIRHAMS**

POLYCLINIQUE INTERNATIONALE  
 RIA ANNAKIL  
 SERVICE RADIOLOGIE 19  
 Tél : +212 537 542 000  
 E-mail : contact@pira.ma

## CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Date : 18/03/2021  
Nom du patient (e) : M. CHIADMI MEKKI  
Nom du médecin : Dr SAHER H

### **IRM ABDOMINO-PELVienne**

#### **TECHNIQUE :**

- Examen réalisé par une IRM 1.5 tesla en séquences de diffusion, T1, T2, phase in, phase out, 3DMRCP, avec injection dynamique intraveineuse de produit de contraste.

#### **RESULTATS :**

- **Dilatation des voies biliaires intrahépatiques et de la voie biliaire principale mesurée à 12mm, ainsi que du Wirsung mesurée 7mm, en amont d'un nodule de la tête du pancréas, mal limité, en hyposignal T1, de signal intermédiaire T2, avec une restriction en diffusion, mesurée à 21x17mm.**
- **Il s'y associe une atrophie parenchymateuse en amont.**
- **Il arrive au contact de la veine mésentérique supérieur sur moins de 180°.**
- **Par ailleurs on note le respect de l'artère mésentérique supérieure, du tronc cœliaque et de la lame retro portale.**
- Foie de taille normale de contours réguliers sans lésion focale, ni prise de contraste suspecte.
- Vésicule biliaire distendue, à paroi fine siège d'une lithiasis mesurée à 11mm.
- Rate, surrénales de taille et de signal normales.
- Reins de taille normale, de contours réguliers et densité homogène. A noter la présence d'une kyste parapéritoïde droit, mesuré 32x29mm, d'allure simple.
- Absence d'adénopathies profondes.
- Absence d'épaississement digestif individualisable, dans la limite de l'examen réalisé sans balisage digestif.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- **Hypertrophie prostataque mesurée à 43x45x50 mm, soit un**



volume de 48cc. (l'étude approfondie du parenchyme prostatique nécessite un complément par un protocole d'IRM multiparamétrique).

- Vessie de lutte en semi réplétion.

**CONCLUSION : Au terme de cette exploration on note :**

- **Dilatation des voies biliaires intrahépatiques et de la voie biliaire principale en amont d'un nodule suspect de la tête du pancréas, d'allure resécable. A confronter aux données histologiques.**
- **Lithiase vésiculaire non compliquée.**
- **Kyste parapylorique droit non obstructif.**

Pr EL HASSANI MB N

Pr. EL HASSANI Moulay Rachid  
Radiologie  
INPE : 101110732  
Polyclinique Internationale Riad Annakhil

