

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 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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W21-761814

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1423 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LECHHEB Omar 164697
 Date de naissance : 1/7/53
 Adresse : 109 Avenue EL KHAYAR Casablanca
 Tél. : 066176535 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 10/05/2023
 Nom et prénom du malade : Lechheb Omar Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Indiv. Indiv. 1
 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 : Le : 10/05/23
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration

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
10/01/2023	cu			Dr. Soukaina BELAAROUSSI Médecin Radiologue Nafis

<p>11/05/23</p> <p>EXECUTION DES ORDONNANCES</p>		
<p>Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur</p> <p>Pharmacie El Khair Ain Chock Casablanca - Tél.: 05 22 21 34 27</p>	<p>Date</p> <p>11/05/23</p>	<p>Montant de la Facture</p> <p>418 DM</p>

[illegible]

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

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'odontologie

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

IBN NAFIS

Radiologie & Imagerie Médicale



ابن النفيس

التصوير الطبي والاشعاعي

Casablanca le : 11/05/23

Nom et prénom : LECHNEB STAR

ORDONNANCE

CLARISCAN 0,5 mmol/ml (15 ml)

4/80ml



(quantité = 1 flacon)



Dr Soukaina BELAAROUSSI
Médecin Radiologue
Radiologie Ibn Nafis
2 Bd Panoramique - Casablanca

Signature :

ابن النفيس
التصوير الطبي والاشعاعي
Radiologie & Imagerie Médicale
002620012000030

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.

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/

GE Healthcare



ClariscanTM
acide gadotérique

0.5 mmol/mL

Solution injectable

1 x 15 mL

**Produit de contraste
pour l'IRM
Administration
par voie intraveineuse**

Titulaire/Exploitant:
GE Healthcare AS
Nycoveien 1
0485 Oslo, Norvège

ClariscanTM 0.5 mmol/mL
acide gadotérique

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

15 mL contiennent 4189,8 mg
d'acide gadotérique (sous forme
de sel de méglumine), équivalent
à 7,5 mmol.

Excipients : Méglumine,
tetraxetan (DOTA), eau P.P.I.

7 037960 644169

EXP: 04-2024

Lot n°: 15955834

1199457 MAR

CLARISCANTM 0,5 mmol/ml
SOLUTION INJECTABLE 1x15ml



Docteur Mostapha SABIR

Spécialiste des Maladies de l'Appareil digestif
Lauréat de la Faculté de Médecine de Toulouse



الدكتور مصطفى صبير

طبيب اختصاصي في امراض الجهاز الهضمي
خريج كلية الطب بتولوز

Casablanca, le 10/05/2023 في الدار البيضاء،

Ordonnance

Lazhar B. Ouear

*IRM Abdominale
de contrôle
pour surveillance
général*

Dr. SABIR Mostapha
HEPATO-GASTRO-ENTÉROLOGUE
26, Avenue Driss Lahrizi
Tél: 05 22 22 90 64

أبن النقيب
النصيب الطبي والصيداني
Imagerie Médicale
0020202012000030

IBN NAFIS

Radiologie & Imagerie Médicale

**ابن النفيس**

التصوير الطبي والاشعاعي

FACTURE N°:	1713/2023
DATE:	11/05/2023

LECHHEB OMAR

Désignation	Montant
IRM RENALE	2 600,00
<u>TOTAL</u>	2 600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de DEUX MILLE SIX CENTS DHS

ابن النفيس
التصوير الطبي والاشعاعي
Radiologie & Imagerie Médicale
002620012000030



CASABLANCA, le 11/05/2023

PATIENT: LECHHEB OMAR**MEDECIN TRAITANT :** DR MOSTAPHA SABIR**IRM RENALE DE CONTROLE****Indication :**

Formation kystique à contenu hémorragique du pôle inférieur du rein gauche classée type IIF de Bosniak sur l'IRM précédente de 26/09/2022.

Technique :

Séquences T1 In-Phase Out-Phase.

Séquences axiales T2 et T2 en suppression de graisse.

Séquence axiale de diffusion multi b avec cartographie ADC.

Séquence sans puis après injection de gadolinium au temps artériel néphrographique et au temps tardif.

Réalisation d'image de soustraction.

Séquence coronale T2 et sagittale T1 Gado tardif.

Résultats :

- Reins de situation normale avec augmentation de volume du rein gauche et présence d'une masse ovale kystique polaire inférieure gauche à développement essentiellement exophytique supérieure à 50% environ.
- Cette formation est estimée ce jour à **8,5cm** de hauteur, **7,9cm** de grand axe transversal et **6,3cm** d'épaisseur antéropostérieure paraissant bien encapsulée avec une fine paroi en hyposignal T1 et T2 sans prise de contraste significative.
- Cette formation présente une petite lobulation périphérique et un signal hétérogène avec une large composante hémorragique en hypersignal T1 et hyposignal T2 et présente un signal hétérogène en diffusion avec des zones de restriction d'aspect équivoque contenu de l'aspect hémorragique.
- Cette lésion ne présente pas de prise de contraste significative notamment sur les images réalisées après soustraction dans les suites de l'injection de contraste.
- La graisse périrénale paraît respectée.
- Pas de dilatation des cavités excrétrices.
- Petite formation microkystique liquidienne pure de type I de Bosniak de siège médial et cortical postérieur de **13mm** au niveau du rein gauche.
- Petite image également kystique liquidienne pure infracentimétrique à la jonction cortico-médullaire en polaire supérieur droit **9mm** et en polaire inférieur **10mm**.
- Pas d'adénopathie coelio-mésentérique ou lombo-aortique visible.
- Pas d'anomalie vasculaire avec présence d'une artère rénale unique de chaque côté.



- Le reste de l'exploration viscérale abdominale est sans anomalie significative visible.

Au total :

Masse kystique polaire inférieure du rein gauche estimée ce jour de **8,5x7,9x6,3cm** présentant une large composante hémorragique interne classée type IIF de Bosniak présentant un aspect morphologique quasi inchangé par rapport à l'exploration précédente du 26/09/2022 ; seule on note une discrète augmentation volumétrique de cette formation ; à recontrôler.

Merci de votre confiance.

Signé : **DR CHAOUI**

