

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 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 chronique doit être renseignée 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.

N° W21-761814

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1423	Société : R.A.M.		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LECHHEB Ouar			
Date de naissance : 1/7/53			
Adresse : 109 Bvd amar EL KHAYAD Casablanca			
Tél. : 0661176531		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Dr. SABIR Mustapha HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE Tel: 0522 22 90 64 / 65 </div>		
Cachet du médecin : 10/05/2023 Date de consultation : 10/05/2023 Nom et prénom du malade : LECHHEB Ouar Age: <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Lien de parenté : Oular Nature de la maladie : Maladie / 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 : 10/05/2023

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
10/09/2023	ca		<i>Dr. Soukaina BELAAROUSSI Médecin Radiologue Nafis</i>	DP : 09/11/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Docteur El Khair Ain Chock N° 23 N° 83-51 Dero Ei Khair Ain Chock Casablanca - Tél: 05 22 21 34 22</i>	<i>11/05/23</i>	<i>418 DN</i>

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ON NAFIS Radiologie & Imagerie Médicale 00262001200003	11/05/23	IRB	2 600 DH

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

Casablanca le : 11/05/23

Nom et prénom : LECHHEB DRIAR

ORDONNANCE

CLARISCAN 0,5 mmol/ml (15 ml)

418DH



(quantité = 1 flacon)

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


Rue 10 N° 65 - 65 - 67
Derb El Khair Ain Chock
Casablanca - Tél: 05 22 21 34 78

Signature :


IBN NAFIS التصوير الطبي والأشعاعي
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



Clariscan™
acide gadotérique

0.5 mmol/mL

Solution injectable
1 x 15 mL

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

**Clariscan™ 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

CLARISCAN™ 0,5 mmol/mL

SOLUTION INJECTABLE 1x15ml

PPV
418DH00

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 الدار البيضاء، في

Ordonnance

L'ordonnance prescrit :
IRM Abdominale
de contrôle
par échographie rectale
gauches

Dr. SABIR Mostapha
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
26, Avenue Driss Lahrizi
Tél: 05 22 22 90 64 - GSM: 06 68 17 29 17

Centre NAFIS
radiologie & Imagerie Médicale
Boulevard Ibn Battouta
Casablanca 20000
Tél: 00212 30012000 0630

26، شارع ادريس الحريزي - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 22 90 64 - المحمول : 06 68 17 29 17
26, Av Driss Lahrizi - Casablanca 20 000 - Tél : 05 22 22 90 64 - GSM : 06 68 17 29 17

Email : mostaphasabir@gmail.com



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 والأشعاعي
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 ovaire 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 reconstrôler.

Merci de votre confiance.

Signé : **DR CHAOUI**

