

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-761800

185641

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1423 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LECHHEB. Omar  
 Date de naissance : 1/7/1953  
 Adresse : 109 Bd Omar EL KHYAT. Casablanca  
 Tél. : 066176535 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. SABIR MUSTAPHA  
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
 26, Avenue Driss Lahrizi  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : LACHHEB Omar Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la 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 : Casablanca Le : 10/10/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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



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
10/10/23	Ca		300 DM	INP : 091122072

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
15 bis, Rue Tanan, 2526 Beaulieu Casablanca	10/10/2023	564,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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'ODF.																				
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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, 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																

# Docteur Mostapha SABIR

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

Ancien Médecin attaché au CHU de Toulous

Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive

ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE - PROCTOLOGIE

## الدكتور مصطفى صبير

طبيب اختصاصي في امراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بتولوز

طبيب ملحق سابقا بالمركز الجامعي بتولوز

Casablanca, le 10 10 23 في الدار البيضاء،

Lachitb Omar

144,50

1.  $\frac{20 \times 14 \text{ fee}}{1 \text{ fee} / \text{unit}}$

54,00

2.  $\frac{20 \times 14 \text{ fee}}{1 \text{ fee} \times 2}$

69,00

3.

$\frac{49,60 \times 2}{1 \text{ fee} \times 2}$

4.

99,00 x 2

5.

$\frac{1 \text{ Amp} / 15}{1 \text{ fee} / \text{unit} \times 7}$

T = 564,70

26, شارع إدريس الحريزي - الدار البيضاء 20 000 - الهاتف : 05 22 22 90 64 - الميمول : 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

ESAC® 20 mg  
esomeprazole  
28 gélules

PROMOPHARM S.A.



6 118000 24 898

LOT: 23008  
EXP: 03/26  
PPV: 144 DH 50

DUSPATALIN 200MG  
GELU 820

PPV: 540H00



6 118000 010531



6 11269 050225

Lot: 230593  
DLUO: 06/2026  
699 00DH

Chantal  
e Sacchi  
fibre

Lewards

PPV: 49,60 DH  
LOT: 23029  
EXP: 03/2026

PPV: 49,60 DH  
LOT: 23029  
EXP: 03/2026

LOT: 230670

DLUO: 07/2026

99.00DH

laboratoires Deva Pharmaceutiques  
J. OUAJDI Pharmacien Responsable

T

LOT: 230669

DLUO: 07/2026

99.00DH

laboratoires Deva Pharmaceutiques



Facture N° 3779/2023

Nom patient : **LECHHEB OMAR**

Dr. N. BENNANI

Examen(s) réalisé(s) : **ECHOGRAPHIE ABDOMINALE**

Montant : **cinq cents (500 DH)**

Dr. Y. BOUZIDI

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**CINQ CENTS DH**

Dr. M.Z. CHAOUI

RADIOLOGIE QUARTIER DES HOPITAUX  
Angle Rue Place Charles Nicole et  
Rue Dr. Magendie - Casablanca  
Tél. : 05 22 22 44 51 - 05 22 27 83 8 -  
05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01

Dr. T. TAIFOUR

Casablanca , le 24/11/2023

hs

Patient : LECHHEB OMAR

Examen réalisé : ECHOGRAPHIE RENALE

Dr. N. BENNANI

### Résultats :

- Les deux reins paraissent de taille et de situation normales.
- On retrouve une masse kystique ovale bien limitée à développement exorénal du pôle inférieur du rein gauche présentant un contenu échogène sans vascularisation anormale en doppler couleur et énergie en rapport avec une formation kystique à contenu hémorragique déjà connue, cette formation est estimée ce jour à 85x70x67mm.
- Petite image microkystique polaire inférieure droite de 8mm.
- Pas de dilatation des cavités excrétrices ni d'image de lithiasse visible.

Dr. Y. BOUZIDI

### AU TOTAL :

-Aspect écho-morphologique inchangé de la masse kystique polaire inférieure du rein gauche par rapport aux données de l'échographie du 26/08/2022 et dimensions stables de cette formation par comparaison aux données de la dernière IRM du 11/05/2023 estimée à 8.5x7x6.7cm environ (formation kystique classée type 2 F de Bosniak)  
-Contrôle évolutif IRM souhaitable dans 6 mois.

Dr. M.Z. CHAOUI

Signature: Dr. CHAOUI M.Z.  
RADIOLOGIE QUARTIER DES HOPITAUX  
Rue Place Charles Nicolle et  
Casablanca  
Tél. : 05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01  
05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01

Dr. T. TAIFOUR