

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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° W21-761800

185641

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : 1423	Société : DAOR	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : LECHHEB Damar		
Date de naissance : 1/7/1953		
Adresse : 109 Bd Damar EL KHAYAR Casab		
Tél. : 0661176535	Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<i>Dr. SABIR Mutuelle HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE 26 Avenue Driss Labrizi Casablanca</i>	
Date de consultation :	Age :
Nom et prénom du malade :	Lien de parenté :
LACHHEB Damar	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : **06/12/2023** Signature de l'adhérent(e) : **SABIR** Le : **10/10/2023**

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
10/10/2023	Ca		300 DM.	INP : 091122077 SABIR Muatza Lahrizi ASTRO-ENTROLOGIE Driss Lahrizi 33545729

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, 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 PROTHÉSES 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;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel: Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	G																		
25533412	21433552																		
00000000	00000000																		
D	G																		
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
B																			
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

Docteur Mostapha SABIR

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

Ancien Médecin attaché au CHU de Toulouse

Membre de la Société Française d'Endoscopie Digestive

ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE - ENTOLOGIE

15 bis, Rue Tanane, Casablanca
Séjour Séjour
PHARMACIE D'ABDASSA
T5 bis, Rue Tanane, Casablanca
Mme Smaâ AMOR

الدكتور مصطفى صوير

طبيب اختصاصي في امراض الجهاز الهضمي

خريج كلية الطب بتولوز

طبيب ملحق سابق بالمركز الجامعي بتولوز

Casablanca, le

10/10/23

الدار البيضاء، في

LACTHIB Quar

144,50

1. Ru 25 20 (14Jee) SV

1Jee / mu N. neg.

54,00 Des + blu 20 SV

1Jee x 2 N. neg.

69,00 Aetalle lun SV

1Jee x 2 N. neg.

49,60 x 2 D cur jst 28t

4. 1 Amp / 15 SV

99,00 x 2 Relaxium 28t

1Jee / mltur Ap

T = 564,70

MACIE ODYSSEE
Smaâ AMOR
Rue Tanane, Ferme Bretonne
Séjour Casablanca
Tél : 0522 25 52 63

Dr. SABIR Mostapha
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
26, Avenue Driss Lahrizi
Tél : 06 68 17 29 00
GSM : 06 68 17 29 17

06 68 17 29 00 - المحمول : 05 22 22 90 64 - الهاتف : 26
شارع ادريس العزيزي - الدار البيضاء 20 000 - Casablanca 20 000 - Tél : 05 22 22 90 64 - GSM : 06 68 17 29 17

Email : mostaphasabir@gmail.com

ESAC® 20 mg
ésoméprazole
28 gélules
PROMOPHARM S.A.



6 118000 24 898

LOT : 23006
PER : 03/25
PPV : 1440H50

DUSPATALIN 200MG
GELU B20

P.P.V : 54DH00

6 118000 010531

6 11269 050245 >

Lot : 230593
DLUO : 06/2025
695 000H
Chaque gélule
• Saccharose
• fibre

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

PPV: 49,60 DH
LOT: 23C29
EXP: 03/2026

LOT: 230670
DLUO: 07/2026
99,00DH

oratoires Deva Pharmacie
OUAJDI Pharmacien Responsable

LOT: 230669
DLUO: 07/2026
99,00DH

oratoires Deva Pharmacie

RÉSIDENCE PASTEUR

إقامة باستور

SCANNER SPIRALE 64B : CORO-SCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, DENTA SCANNER
ECHOGRAPHIE 3D, 4D DOPPLER COULEUR - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISÉE
MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMERIE - PANORAMIQUE DENTAIRE
RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE - IRM

Casablanca, le 24/11/2023

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 PRÉSENTE FACTURE À LA SOMME DE :
CINQ CENTS DH

Dr. M.Z. CHAOUI

RADILOGIE QUARTIER DES HÔPITAUX
ANGLE Rue Place Charles Nicolle et
Rue Dr. Magenidie - Casablanca
Tél. : 05 22 22 44 51 - 05 22 27 83 87
05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01

Dr. T. TAIFOUR

RÉSIDENCE PASTEUR

إقامة باستور

SCANNER SPIRALE 64B : CORO-SCANNER, COLOSCOPIE VIRTUELLE, DENTA SCANNER
 ECHOGRAPHIE 3D, 4D DOPPLER COULEUR - RADIOLOGIE CONVENTIONNELLE NUMERISÉE
 MAMMOGRAPHIE - OSTEODENSITOMÉRIE - PANORAMIQUE DENTAIRE
 RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET VASCULAIRE - IRM

Casablanca , le 24/11/2023

hs

Patient : LECHHEB OMAR

Examen réalisé : ECHOGRAPHIE RENALE

Dr. N. BENNANI

Dr. Y. BOUZIDI

Dr. M.Z. CHAOUI

Dr. T. TAIFOUR

Résultats :

- Les deux reins paraissent de taille et de situation normales.
- On retrouve une masse kystique ovalaire 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 lithiase visible.

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.

05 22 27 81 77 - 05 22 27 34 01
 Tel : 05 22 22 44 51 - 05 22 27 83 83
 Rue Charles Nicolle et
 Place Charles Nicolle Casablanca
 RADIOLOGIE QUARTIER DES HÔPITAUX
 Dr. CHAOUI M.Z