

## 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.

### 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° M20- 0009924

126333  
☒ Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5485 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BANA NOUREDDINE  
 Date de naissance : 15-02-1961  
 Adresse : 31, LOT WAFI ANI DEROUA  
 Tél : 06, 26, 54, 77, 05 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : BANA Noureddine  
 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 : CASA Le : 16/08/2022  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A.A-245 / 2019

[illegible]

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                         |          |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                                         | Date     | Montant de la Facture |
|  | 18.07.22 | 206,30                |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                                                                                                                                                                  |          |                                 |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du<br>Laboratoire et du Radiologue                                                                                                                                    | Date     | Désignation des<br>Coefficients | Montant<br>des honoraires |
| <br>Médicine Radiologique<br>Clinique de la Femme<br>3, rue Okobonou Nafie<br>Bessahid<br>INPE.051256798 | 05/08/22 | Ech. Abdominale                 | 4 00, 00 dh               |

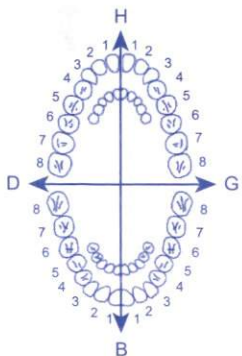
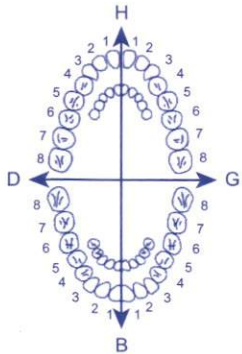
[illegible]

# 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<br>Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nature des<br>Soins  | Coefficient |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------|----------------------------|--|----------------------|----------------------|---|---|----------------------|----------------------|---|--|--|
|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             | Coefficient<br>DES TRAVAUX |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT<br/>MASTICATOIRE</b>                                                                                                                                                                                                                               |                      |             | Coefficient<br>DES TRAVAUX |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412<br/>00000000</td> <td>21433552<br/>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000<br/>35533411</td> <td>00000000<br/>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |                      |             | H                          |  | 25533412<br>00000000 | 21433552<br>00000000 | D | G | 00000000<br>35533411 | 00000000<br>11433553 | B |  |  |
|                                                                                       | H                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       | 25533412<br>00000000                                                                                                                                                                                                                                                               | 21433552<br>00000000 |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       | D                                                                                                                                                                                                                                                                                  | G                    |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       | 00000000<br>35533411                                                                                                                                                                                                                                                               | 00000000<br>11433553 |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       | B                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                    |                      |             | MONTANTS<br>DES SOINS      |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |
|                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |             |                            |  |                      |                      |   |   |                      |                      |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Brahim Amzil

Médecine Générale

Cabinet Médical

173, Rue Saint Laurent

"Garage Allal" - Casablanca

Tél. : 05 22 81 29 97 - Fax : 05 22 28 74 40

الدكتور إبراهيم أمزيل

(الطب العام)

العيادة

173، زقاق سان لوران

كراج علال - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 81 29 97 - الفاكس : 05 22 28 74 40

Casablanca, le

18-7-2022

DR HANA MOURABIN

Relaxol (S.V.)

53,10

ap

Brexin

100,40

up

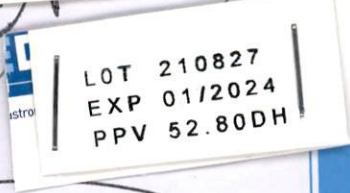
Cody

52,80

T= 206,30

Lot: Khadija - Tél.: 05 22 53 27 57  
Docteur Brahim AMZIL  
Pharmacie Allal  
173, Rue Saint Laurent  
Casablanca  
Tél: 0522 81 29 97 - Fax: 0522 28 74 40

Dr. Brahim AMZIL  
MEDECINE GENERALE  
173, Rue Saint Laurent Garage Allal  
Casablanca  
Tél: 0522 81 29 97 - Fax: 0522 28 74 40



Deruofa padre

1dp-

laps

Dr. Brahim AMZIL  
MEDICIN GÉNÉRALE  
173, Rue L. - Laurens - Larage Allal  
Casablanca  
Tél: 0522 81 29 97 - Fax: 0522 28 74 40

Docteur Brahim Amzil

Médecine Générale

Cabinet Médical

173, Rue Saint Laurent

"Garage Allal" - Casablanca

Tél. : 05 22 81 29 97 - Fax : 05 22 28 74 40

الدكتور البراهيم أمزيل

(الطب العام)

العيادة

173، زقاق سان لوران

كراج علال - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 81 29 97 - الفاكس : 05 22 28 74 40

Casablanca, le 18. 2. 2021 الدار البيضاء في

F. BAH - Nouradine

Echographie Abdominale  
(Hépatobiliaire)

Dr. EL KHADIR Kaoutar  
Médecin Radiologue  
Clinique Chaouia  
3, rue Okba Ibnou Nafie  
Berrechid  
INPE:061256798

Dr. Brahim AMZIL  
MÉDECIN GÉNÉRALISTE  
173, Rue Saint Laurent  
Casablanca - Fax: 0522 28 74 40  
Tél: 0522 81 29 97

Dr. EL KHADIR Kaoutar  
Médecin Radiologue  
Clinique Chaouia  
3, rue Okba Ibnou Nafie  
Berrechid  
INPE:061256798



مصلحة الشاوية  
CLINIQUE CHAOUIA



060003332

## FACTURE N°R0988/22

Nom : BAHA

Prénom : NOUREDDINE

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE : 400.00DHS

Arrêté la présente facture a la somme de :  
« QUATRE CENT DIRHAMS ».

Berrechid, le : 05/08/2022

CLINIQUE CHAOUIA  
3, Rue Okba Ibnou Nafie  
BERRECHID  
33.66.22/33.66.62 Fax: 32.57.58



Berrechid , 05/08/2022

PATIENT : BAHA NOUEDDINE  
MEDECIN TRAITANT : Dr AMZIL

### ECHOGRAPHIE ABDOMINALE

- Foie de taille normale, de contours réguliers, d'échostructure grossièrement homogène siège de multiples formations kystiques à contenu transsonore sans paroi visible dont la plus volumineuse siège au niveau du segment II et mesure 47,8 x 30 mm.
- Absence de dilatation des voies biliaires intra hépatiques
- Vésicule biliaire non lithiasique à paroi fine.
- Voie biliaire principale de calibre normal, mesurée à 5 mm.
- Tronc porte de calibre normal, perméable à flux hépatopète.
- Pancréas et rate d'aspect morphologique normal.
- Reins en place de taille normale, de contours réguliers, bien différenciés sans dilatation des cavités excrétrices.
- Le rein droit est siège en polaire inférieure d'une formation kystique corticale exophytique à parois fines et à contenu transsonore mesurant 32 mm de diamètre.
- Aérocolie diffuse.
- Absence d'adénopathie profonde.
- Absence d'épanchement péritonéal.
- Vessie semi pleine, à contenu transsonique.

#### Conclusion :

Aspect échographique de multiples formations kystiques diffuses du parenchyme hépatique évoquant a priori des kystes hépatiques simples.  
Kyste rénal droit pouvant être classée Bosniak I.

*Confraternellement*

**Dr K. ELKHADIR**