

# 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.

## Diagnostique 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

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- 0009225

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1964 Société : RAM Casablanca  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : NAZIH Abdelaziz 105465  
Date de naissance : 1956  
Adresse : Habituelle  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Pr SAHRAOUI Souha Onco-Radiothérapeute INP N° 091036491  
Date de consultation : 03/01/2022  
Nom et prénom du malade : NAZIH Abdelaziz Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Néoplasie du Pancréas  
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 : 25 FEV. 2022 Le :  
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-09225


Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

à conserver par l'adhérent(e).


Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :




# 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
03/01/22	CS		300,00	 Pr. Samir Souha Onco-dermatologue INP N° 091036491

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie INPE : 092031210	15/01/22	418,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Radiologie ICE : 002458095000096	15/01/22	IRM hépatique	3000,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

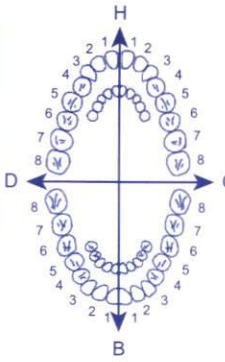
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																							
				Coefficient DES TRAVAUX																						
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				Coefficient DES TRAVAUX
	H																									
	25533412	21433552																								
	00000000	00000000																								
	D		G																							
	00000000	00000000																								
	35533411	11433553																								
	B																									

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture des justificatifs exigés par la Mutuelle.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

le 15.01.22

Mr NABHI Abdelaziz

418,00 Claude



**PHARMACIE HAY RAJA**  
Hicham ABOUTIKA  
Docteur en Pharmacie  
25 rue 4<sup>e</sup> des Fleurs Bd Anoual  
Hay Raja Casablanca  
Casablanca Tél: 07 32 45 05 25

**RADIOLOGIE ZERKTOUNI**  
Résidence les Fleurs 59, Bd. Zerktouni  
Angle rue des Hôpitaux  
Casablanca Tél: 05 22 88 11 11  
ICE: 002458095000096

**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.



**CLARISCAN™ 0,5 mmol/mL**  
**SOLUTION INJECTABLE 1x15mL**



EXP: 08-2023  
Lot n°: 15578471

1199457 MAR





**Pr. A. Acharki**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**

Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Benchakroun**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. Z. Bouchbika**

Onco-Radiothérapeute

TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**

Onco-Radiothérapeute

**Dr. C. Lahmamssi**

Onco-Radiothérapeute

MR Abdelaziz

Nazhi

IRM hépatique

**RADIOLOGIE ZERKTOUNI**  
Résidence les Fleurs 59, Bd. Zerkoun  
Angle Rue des Hôpitaux  
Casablanca - Tél.: 05 22 88 11 11  
ICE : 002458095000096

**Pr SAHRAOUI Souha**  
Onco-Radiothérapeute  
INP N° 091038491

## Dr A. Fattah BELHOUCINE

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille  
Ancien PH des Hôpitaux de France

## Dr Abdelaziz ZOUAOUI

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens  
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca le , 15/01/2022

**PR SAHRAOUI SOUHA**  
**Mr. NAZIHI ABDELAZIZ**

### **IRM HEPATIQUE :**

#### **Technique**

- T2 Fat Sat axiale. T2 Echo de gradient axiale et coronale. Diffusion axiale
- T1 axiale IN/OUT, T1 après injection de gadolinium

#### **Résultat :**

- Foie augmenté de taille, de contours réguliers, siège d'une anomalie de signal en plage homogène du foie droit ( segments V, VI et VII), qui se présente en discret hypo signal T1, hypersignal T2 et diffusion, avec prise de contraste diffuse et homogène , évoquant à priori un trouble de perfusion malgré l'absence de thrombose portale, notamment sur le doppler couleur .
- Absence de lésion nodulaire décelable sur les différentes séquences analysées.
- Discrète dilatation des VBIH du lobe droit sans obstacle notable des voies biliaires.
- Nodule du muscle oblique droit en regard de la cicatrice opératoire, en hypersignal T2 et diffusion sans restriction décelable en ADC, rehaussé après injection de gadolinium
- Tête, corps et queue du pancréas de morphologie et de signal normaux.
- Dilatation anévrysmale de l'aorte abdominale sous rénale partiellement thrombose mesurant 51 mm de diamètre maximal, étendue sur 54 mm de hauteur maximale.
- Absence d'adénopathie rétropéritonéale.
- Absence de signe de pancréatite.
- Rate normale
- Absence d'anomalie rénale

#### **Conclusion :**

- Hépatomégalie modérée sans nodule hépatique nettement décelable sur cet examen .
- Aspect de trouble de perfusion du parenchyme droit sans anomalie veineuse associée, notamment portale.
- Nodule de 25 mm en regard du bord inférieur de la cicatrice abdominale : granulome cicatriciel ? lésion ? à confronter aux données de l'imagerie antérieure .
- Dilatation des VBIH droite sans obstacle décelable
- Dilatation anévrysmale de l'aorte abdominale sous rénale partiellement thrombose

**Dr. A. BELHOUCINE**

Radiologie Diagnostique et Interventionnelle

Résidence des Fleurs - Casablanca

Angle Rue des Hôpitaux - Casablanca

Tél : +212 5 22 88 11 11 (LG) • E-mail : rad59zerktouni@gmail.com

Pour les images, utilisez le lien : <http://102.50.240.229:8085/images/> Login : 14789 Mot de Passe : 5068

Résidence les Fleurs, 59 Bd Zerkouni, angle rue des Hôpitaux - Casablanca 20000 - Maroc

Tél. : + 212 5 22 88 11 11 (LG) • E-mail : rad59zerktouni@gmail.com

T.P. : 36340653 - I.F. : 45758413 - I.C.E. : 002458095000096 - RIB : CDM 021 780 0000 046 030 807165 97

**Dr A. Fattah BELHOUCINE**

Lauréat de la Fac de Médecine de Marseille  
Ancien PH des Hôpitaux de France

**Dr Abdelaziz ZOUAOUI**

Lauréat de la Faculté de Médecine d'Amiens  
Spécialité en Imagerie du Sein Paris V

Casablanca, le 15/01/2022

Facture N° 111/22

Nom patient : **NAZIHI ABDELAZIZ**

Examen(s) réalisé(s) : **IRM HEPATIQUE**

Montant : **3000 DH**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**TROIS MILLE DH**

REGLEMENT : ESPECES

**RADIOLOGIE ZERKTOUNI**  
Résidence les Fleurs 59, Bd. Zerktouni  
Angle Rue des Hôpitaux  
Casablanca - Tél. : 05 22 88 11 11  
ICE : 002458095000096