

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

- 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.

M23-0022944

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	8512	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		Koum - 7	
Date de naissance :		1950	
Adresse :		Casa	
Tél. :		0661414151	
Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	09/01/2024	Age :	
Nom et prénom du malade :	Boukn. Kien / 19 FEB. 2024		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Allai + Boukn. Bouk. H.D		
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC	Pathologie :

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 conseil de la Mutuelle.

"honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare
de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : / /

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		
08/10/2024		C	180,00	 <i>Docteur AKASSASSI Ali Médecin généraliste - Centre Bouhadel - Echographie Tél : 05 31 82 20 05</i>		
EXECUTION DES ORDONNANCES						
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture				
ANALYSES - RADIGRAPHIES						
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires			
 <i>ANGLAIS Rue de la République 22 85000 LIEGE</i>	12/10/2024	IRM hépatik	24,00			
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																																																																														
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																															Nature des Soins <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																															Coefficient <table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																															Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>																																																																																										
				<input type="text"/>																																																																																										
				<input type="text"/>																																																																																										
				<input type="text"/>																																																																																										
				<input type="text"/>																																																																																										
				<input type="text"/>																																																																																										
				<input type="text"/>																																																																																										
				<input type="text"/>																																																																																										
				<input type="text"/>																																																																																										
ODF PROTHÈSES DENTAIRES 																																																																																														
DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>					H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	D		B		35533411	11433553	00000000	00000000																																																																						
H		G																																																																																												
25533412	21433552	00000000	00000000																																																																																											
00000000	00000000	00000000	00000000																																																																																											
D		B																																																																																												
35533411	11433553	00000000	00000000																																																																																											
Coefficient des Travaux <input type="text"/>																																																																																														
Montants des Soins <input type="text"/>																																																																																														
Date du devis <input type="text"/>																																																																																														
Date de l'exécution <input type="text"/>																																																																																														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																																																																																														
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																																																																																														

Docteur LAKHSSASSI Ali

Médecine Générale

Echographie



الدكتور الخصائي علي

الطب العام

الفحص بالإيكوغرافي

Bouknadel, le 09 JAN, 2024 بوقنadel، في

Nom : Ali Rue N

Prénom : Ali

- Juri S. DR
IRM Abdomen

Docteur LAKHSSASSI Ali

Médecine Générale-Echographie

Bouknadel - Centre

Tél : 05 37 82 20 05

RADILOGIE ZERKTOUNI
Residence les Feuilles B2, Bd Zerkoun
Angle rue des Hospitaliers
Casablanca - Tel: 05 22 88 11 11

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 12/02/2024

Facture N° 821/24

Nom patient : **KOUN MOHAMED**

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

Montant : **2400 DH**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX-MILLE QUATRE CENTS DH



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

RDV IRM : 06 66 20 74 92 - RDV Mammographie : 06 66 09 02 39

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, 12/02/2024

MR. KOUN MOHAMED

COMPTE RENDU

IRM HEPATIQUE

Technique

- *T2 Fat Sat axiale, T2 Echo de gradient axiale et coronale, diffusion axiale, T1 axiale.*
- *Cholangio-IRM 3D et 2D.*

Résultat :

- *Foie de taille normale, de contours respectés, de signal homogène, sans lésion focale décelable.*
- *La vésicule biliaire est de taille normale, de paroi régulière, sans image lithiasique décelable.*
- *Absence de dilatation des voies biliaires intra hépatiques.*
- *La voie biliaire extra-hépatique est bien visible, dilatée, mesurant 11 mm de diamètre maximal, sans obstacle micro lithiasique du bas cholédoque.*
- *Le canal de Wirsung est respecté.*
- *L'étude de la glande pancréatique montre une morphologie normale et un signal homogène, sans anomalie restrictive sur la séquence de diffusion.*
- *Absence d'infiltration de la graisse péri pancréatique.*
- *Surrénales et rate d'aspect normal.*
- *Reins de taille normale, de signal homogène, sans dilatation des cavités excrétrices, siège de kystes corticaux de signal liquide, d'allure simple.*
- *Absence d'épanchement péritonéal.*

Conclusion :

- *Dilatation minime de la VBP en amont d'une oddite terminale, sans macro lithiase évidente.*
- *Absence d'anomalie du pancréas.*
- *Absence d'anomalie hépatique.*
- *Kystes corticaux rénaux, d'allure simple.*

Dr. BELHOUCINE
Radiologie Diagnostique et Interventionnelle
Résidence les Fleurs, 59 Bd Zerkouni
Angle Rue des Hôpitaux - Casablanca
Tél : 05 22 88 11 11 - INPE : 091018788

Pour les images, utilisez le lien : <http://102.50.240.229:8085/images/> Login : 34061 Mot de Passe : 19434