

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M23-0022944

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8512 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KOUN - 7  
Date de naissance : 1950  
Adresse : Casa  
Tél. : 0661414151 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur LAKHSSASSI Ali**  
Médecine Générale-Echographie  
Bouknadel - Centre  
Tél : 05 37 82 20 05

Date de consultation : 09.01.2024  
Nom et prénom du malade : M. KOUN - 7 Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Maladie chronique  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ 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 médecin 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 : / /

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

# 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
08/01/2024		1	150,00	<p><b>Docteur LAKESSASSI Ali</b>  Médecine Générale - Echographie  Boulevard - Centre  Tél : 05 37 82 20 05</p>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p><i>(Signature)</i></p>	12/02/24	1 R.M. hépatite	24,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

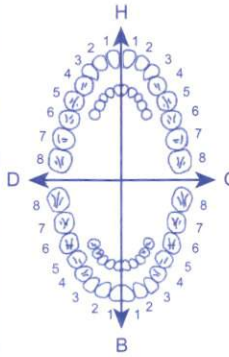
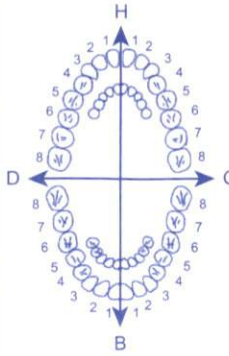
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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 LAKHSSASSI Ali

Médecine Générale

Echographie



الدكتور الخصاصي علي

الطب العام

الفحص بالإيكوغرافي

Bouknadel, le 09 JAN, 2024 في بوقنادل،

Nom : M<sup>r</sup> Rieu N

Prénom : M<sup>r</sup> C

- J'ai s.d.p

I.R.M Abdominale

Docteur LAKHSSASSI Ali

Médecine Générale-Echographie

Bouknadel - Centre

Tél : 05 37 82 20 05

RADIOLOGIE ZERKTOUNT  
Résidence les Fleurs 59, Bd. Zerkoun  
Angle Rue des Hôpitaux  
Casablanca - Tél.: 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**

RADIOL  
Résidence le  
Angle rue  
s Hôpitaux  
Casablanca  
ICF: 002458095000096

**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 liquidien, 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 A. FATTAH**  
Radiologie Diagnostique - Imagerie  
Résidence : **Dr. A. BELHOUCINE**  
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