

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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

M23- N° 0035927

199292

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07194 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : RETRAITÉ

Nom & Prénom : KAHIL Mohamed Hassan

Date de naissance : 29 SEPT 1951

Adresse : 88 RUE JEAN JAURES ART6 CABA

Tél. : 0663448020 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. CHERIF EL GANOUNI A  
Médecine Générale  
Boulevard Oued Oum Rabie Rue 78  
N°2 Oulfa - Casablanca  
Tél : 05 22 90 19 46

Date de consultation : 28/2/2024

Nom et prénom du malade : KAHIL Mohamed Age : .....

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Polyarthrite + Arthrose

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.

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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....



# 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
28/12/24	C		gradus	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laborantin ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06/03/2024	210+20 ECHO A BDOMINALE pelvienne	632DH

# AUXILIAIRES MEDICAUX

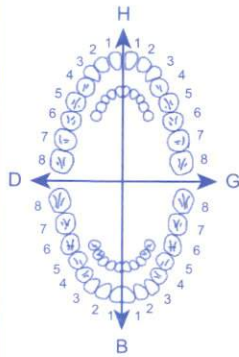
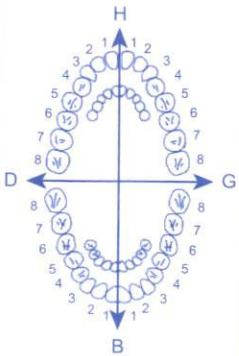
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, 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>H</td> <td></td> <td>H</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		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Casablanca, le 06 Mars 2024

**DR. CHERIF EL GANOUNI AHMED**

**MR. KAHIL MOHAMAD HASSAN**

## COMPTE RENDU

### ECHOGRAPHIE ABDOMINO PELVIENNE

- Le foie est de taille normale, de contours réguliers, d'échostructure homogène, sans lésion focale identifiable.
- Vésicule biliaire libre, à paroi fine, elle est alithiasique.
- Répartition normale des veines sus hépatiques sans signe de distorsion.
- TP de calibre normal, paraissant perméable.
- Pancréas d'aspect échographique normal.
- Les reins sont de taille et de situation normales, sans lésion parenchymateuse ni dilatation des cavités pyélocalicielles.  
L'axe bipolaire RD=10,2 cm et RG =9,7 cm.
- Aorte non éctasique dans son trajet sous rénal.
- Absence d'adénopathie profonde individualisable.
- Pas d'épanchement intra abdominal.
- Vessie en semi réplétion, au contenu liquidien, sans anomalie pariétale ou endoluminale.
- Prostate de petite taille.
- Individualisation de petite formation ganglionnaire inguinale sans caractère pathologique.
- Douglas libre.

### Au total :

Echographie ne montrant pas d'anomalie notable tant à l'étage abdominal que pelvien.

**DR A. BELHAJ SOULAMI**

Dr. Belhaj Soulimi Abdelilah  
Médecin Radiologue

**RADIOLOGIE ANOUAL 111**  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
ICE: 001614006000058  
111, Bd Anoual  
105 22 St. 22 - Gsm: 06 63 57 42 60



## FACTURE

N° de l'admission : 24001900

N° Facture : 24001877

Date facturation : 07/03/2024

Nom et prénom du patient : MOHAMAD HASSAN KAHIL

Convention : PAYANT MUPRAS (RAM)

Traitement : Examen radiologie

Entrée: 06/03/2024 Sortie: 07/03/2024

### PRESTATIONS

	Nombre	Prix unitaire	Montant
ECHO ABDOMINO PELVIENNE			384.00
RX POUMON F			121.60
		Sous-Total	505.60

### PRESTATIONS EXTERNES

	Nombre	Prix unitaire	Montant
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH			126.40
		Sous-Total	126.40

### RETENU HONORAIRE :

#### MÉDECIN

	Taux (%)	Montant	Montant de retenu
DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH	10	126.40	12.64
		Sous-Total	12.64

arrêtée la présente facture à la somme de :

Six cent trente deux dirhams

Total : 632.00

Part patient 632.00

Notre compte bancaire :

Adhérent

Mle

PC N°

111, Bd Anoual  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
RADIOLOGIE ANOUAL 111  
ICE: 001614006000058  
GSM: 06 63 57 42 60  
05 22 86 09 99

Dr. Cherif El Ganouni Ahmed

MEDECINE GENERALE

Bd. Oued Oum Rabia - Rue 78 N° 2

Au dessus de la Pharmacie du Nil

Cité Oulfa - Casablanca

Tél.: 05.22.90.19.46

E-mail : aganouni@hotmail.com

الدكتور الشريف الكنوني أحمد

الطب العام

شارع واد أم الربيع، زنقة 78، رقم 2

فوق صيدلية النيل

حي الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : 05.22.90.19.46

البريد الإلكتروني: aganouni@hotmail.com


Casablanca, le 28/12/14 في الدار البيضاء،

KHIL Mohamed

- Radopulm

- Eto Molom pulm  
(Dokan wignil B1)

 **RADIOLOGIE ANOUAL 111**  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
ICE: 001614006000058  
111, Bd Anoual  
Tél: 05 22 86 09 99 - Gsm: 96 63 57 33 60

  
**DR. CHERIF EL GANOUNI A**  
Boulevard Oued Oum Rabia - Rue 78  
N°2 Oulfa - Casablanca  
Tél: 05 22 90 19 46

الرجاء إحضار الوصفة عند المراجعة إلى الأخصائي

ICE : 001687843000003 - INPE : 091041061

Casablanca, le 06 Mars 2024

**Dr. CHERIF EL GANOUNI AHMED**

**MR.KAHIL MOHAMAD HASSAN**

## COMPTE RENDU

### RADIOGRAPHIE THORACIQUE (EN INCIDENCE DE FACE)

- Thorax de morphologie longiligne.
- Pas d'image lésionnelle ni foyer parenchymateux systématisé décelable.
- Silhouette cardio médiastinale de taille et de morphologie normales.
- Absence de réaction pleurale.
- Pas d'anomalie évidente du cadre osseux.

 **RADIOLOGIE ANOUAL 111**  
Oncologie & Diagnostic du Maroc  
ICE: 001614006000058  
111, Bd Anoual  
T.L: 05 22 86 09 99 - GSM: 06 63 57 42 60

**DR A. BELHAJ SOULAMI**

 **Dr. Belhaj Soulam**  
Médecin Radiologue