

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0024261

203763

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7063

Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Kamiani Soueïd

Date de naissance : 28-10-1960

Adresse : M. me Henri Nasser Appt 3 VAL FBuri

Casablanca

Tél. 0661066766 Total des frais engagés : # 600 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28/11/2023

Nom et prénom du malade : Kamiani Soueïd

Age : 63 ans

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.

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 : Casablanca

Le : 19/2/2024

Signature de l'adhérent(e) : Kamiani y.

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

28/1/2025 Vet Feh 0001000H

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

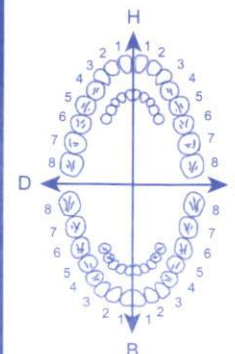
Coefficient

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

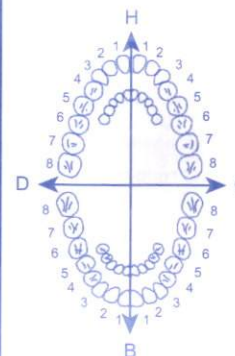
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CENTRE DE MALADIES RENALES DIALYSE AL HAYAT OASIS

CASABLANCA



Professeur Zaid Driss
Néphrologie
Dialyse

CENTRE DE MALADIES RENALES DIALYSE ALHAYAT OASIS

Première Consultation **28/11/23**

Kariani Souad 63 ans 2 enfants

Antécédents

Poids 72.5 kgs T 164 cm IMC 27 kg/m²

Mort Né GEU

Paludisme

2015 Colique nephretique bilatérale Fièvre

Coralliforme Cure chirurgicale Rechute

Motif de Consultation

Insuffisance Rénale

Créatinine	31/10/23	21 mg/l	mdrd	25 mil/min
Créatinine	13/09/22	16 mg/l	mdrd	35 mil/min
Créatinine	27/12/21	19 mg/l	mdrd	29 mil/min
Créatinine	23/05/19	12.04 mg/l	mdrd	49 mil/min (Chirurgie)
Créatinine	19/11/19	09 mg/l	mdrd	68 mil/min

Declin 10% sur 1 année Declib de 24 mil/min/ 5 ans

Novembre 2019 Infection Proteus

PA 140/80 mmHg

Bon etat général Conjonctives colorées Cour reguliers Eupnéique

(NBA* A Ete transfusee)

Echographie rénale

Rein Droit

Taille conservée e Environ 10.54. cm sur cette coupe contours reguliers
Index Cortex limite lamine echogene Parenchyme residuel mal
différencie

Rein Gauche

Taille conservée Environ sut cette coupe Contours Réguliers
différenciation corticomédullaire relativement conservé compare au rein
droit Arborisation vasculaire pauvre

Vessie semi pleine RAS

Conclusion

Patent de 63 ans Antecedants **Lithiases Bilatérales** Episodes infectieux
urinaire Normotendue **Declin sévère et recent** de la fonction rénale en

Post Opératoire

En attente de complément de bilan



CENTRE DE MALADIES RENALES DIALYSE AL HAYAT OASIS

2, Rue Jean Rostand Oasis

090061938



F A C T U R E

N° 810 / 2023 du 28/11/2023

Nom patient	SOUAD KARIANI	Entrée 28/11/2023	Sortie 28/11/2023
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION	1,00	CONSULT	300,00	300,00
ECHOGRAPHIE.	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	600,00
Total				600,00

	Total général	600,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	600,00				600,00	0,00

Professeur ZAID Driss
Néphrologue
Centre de Maladies Rénales Dialyse
Al Hayat Oasis
29, Rue Edmond Rostand - Oasis
Téléphone : 05 22 77 99 50
Fax : 05 22 25 95 45