

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.

M22- 0024261

203763

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7063 Société :

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : Kamani Smaïl Autre :

Date de naissance : 28.10.1960

Adresse : M. me Henri Néem App 3 Val Fleuri

Télé : 0661066766 Total des frais engagés : # 600 DHS Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28.11.2023

Nom et prénom du malade : Kamani Smaïl Age : 63 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : maladie renale 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 : 19.12.2024

Signature de l'adhérent(e) : Kamani Smaïl

Authorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

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
28/11/2023	Vet Tech	1	60000DH	Docteur Nephrologiste Professeur Zaid Al Hayat Centre de Maladies Rares 23, Rue Edmond Machhabia

EXECUTION DES ORDONNANCES

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				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.

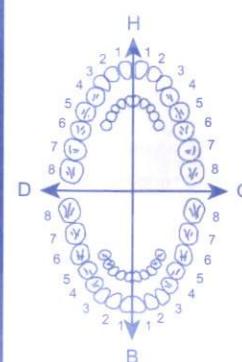
Important

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

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 néphrétique 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

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

Novembre 2019 Infection Proteus

PA 140/80 mmHg

Bon état général Conjonctives colorées Cour régulières Eupnéeique (NBA* A été transfusée)

Echographie rénale

Rein Droit

Taille conservée environ 10.54. cm sur cette coupe contours réguliers

Index Cortex limite lame échogène Parenchyme résiduel mal différencié

Rein Gauche

Taille conservée environ sur cette coupe Contours Réguliers différenciation corticomédullaire relativement conservé comparé au rein droit Arborisation vasculaire pauvre

Vessie semi pleine RAS

Conclusion

Patent de 63 ans Antécédants Lithiasis Bilatérales Episodes infectieux urinaire Normotendue Déclin sévère et récent 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

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

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

Professeur ZAID Driss
Néphrologie
Centre de Maladies Rénale Dialyse
Al Hayat Oasis - Oasis
29, Rue Edmond Rostand - Casablanca
Tel : 05 22 77 99 50/51 - Fax : 05 22 25 95 45
IF : 15187107 - TAX PROFESSIONNELLE : 34754017 - ICE : 001680915000043