

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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 le 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.

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



N° D: 49112

Déclaration de Maladie : N° S19-0001784

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6807 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : HAY OUCH Date de naissance : 25.04.1963
Adresse : HAY ABDELRAHMAN RUE 282 N° 20
Tél. : 06 80 75 06 92 Total des frais engagés : 2272,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/11/2020
Nom et prénom du malade : OUCH HAY
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : ASS - ALD
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 politique de confidentialité relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Marrakech
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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
14/11/2014	2		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/11/2014	372

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/11/2014	Une	1600

AUXILIAIRES MEDICAUX

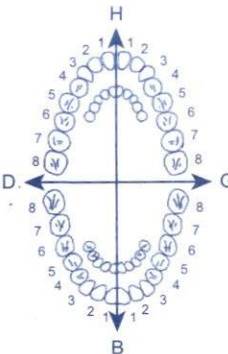
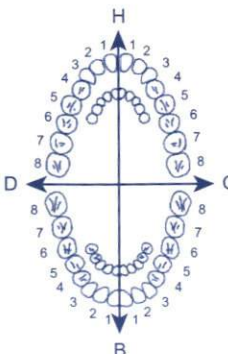
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, ainsi que le bilan

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 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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



Professeur MEZIANE EL MEHDI
Docteur MEZIANE MUSTAPHA
Docteur MEZIANE ANAS
Docteur MEZIANE AMINE

أستاذ مزيان المهدي
الدكتور مزيان مصطفى
الدكتور مزيان أناس
الدكتور مزيان أمين

Chirurgiens Urologues

جراحة المسالك البولية التناسلية

ORDONNANCE

14/11/2020

Casablanca, le :

Mme MELLOUK AICHA

جراحة المسالك البولية التناسلية
UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري
lithotritie تفتيت الحصى

الجراحة العامة والمنظارية
CHIRURGIE GENERALE
COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال
CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع
الاختصاصات الطبية
REANIMATION ET TOUTES
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى
CENTRE DE LITHOTRIPSIE
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة
CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER
RADIOLOGIE STANDARD

Uroscanner (avec injection)

lombalgie gauche
urine sg-
echo RG dilatation ,bassinnet globuleux ,RD RAS

Sd مبروك 2014

Dr. MEZIANE Mustapha
Chirurgien - Urologue
CLINIQUE LA SOURCE
Tél: 05 22 20 14 40 / 41



Dr Chakib BENNANI-SMIES | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
Dr Abdelaziz ZOUAOUI | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

le 20.11.2020

Mme NEWOUK Aiche

mini pte 300
100 ml

372

111 Bd Anoual
Casablanca
Tél: 0522 86 00 33



Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
 Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

N° Admission : 20012857 N° Facture : 20012699 Date facturation: 21/11/2020

Nom et prénom du patient : **Mme MELLOUK AICHA**

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
SCAN URO	1.00	1 600.00	1 600.00
		Sous-Total	1 600.00 DH

arrête la présente facture à la somme de :

Mille six cents dirhams

Total : 1 600.00DH

Adhérent :	Part organisme :	0.00 DH
Mle :	Part patient :	1600.00 DH
PC N° :		





Reçu Avance N° A2011587

CASABLANCA , Le 20/11/2020 8:22

Patient : MELLOUK AICHA , N° Dossier : 20012857

N° téléphone : 0655733590

Traitement : EXAMEN RADIOLOGIE

Titre : Examen radiologie

Mode règlement	Banque	Référence	Montant
Espèces			1 600.00

Liste des examens :

SCAN URO

1 600.00

Montant devis	1 600.000
Avance exigée	1 600.000

Reçu par : fatiha.n

Dr Chakib BENNANI-SMIREN | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUN
Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 20 Novembre 2020

DR M. MEZIANE

MME. MELLOUK ACHA

COMPTE RENDU

URO SCANNER

Indication :

- Patiente présentant une lombalgie gauche.
- Pas d'hématurie.
- A l'échographie : dilatation du rein gauche avec bassinnet globuleux.
- Rein droit sans particularité notable.

Technique :

Acquisition volumique en mode spirale sans puis après injection IV de contraste iodé, au temps artériel sur les reins et urographique sur les voies urinaires avec reconstruction VR.

Résultat:

- **Le rein droit** de taille normale, aux contours réguliers, sécrétant dans les délais normaux de néphrographie homogène, les cavités sont fines se drainant par un uretère fin et perméable, de calibre normal, sans calcul visible.
- **Le rein gauche** présente un refoulement cavitaire par une malformation artério-veineuse rénale gauche s'opacifiant au temps artériel avec une poche (nidus) simulant un bassinnet globuleux, refoulement du bassinnet gauche qui n'est pas dilaté drainé par un uretère fin.
- Rein gauche sécrétant normalement sans dilatation des cavités excrétrices ni lithiase obstructive ni atrophie du cortex rénal.
- Intégrité du rétro-péritoine axial.
- Vessie de taille normale, sans anomalie pariétale ou endoluminale.
- Les bas uretères sont perméables.

Sur le reste de l'examen :

- Pancréas, rate, surrénales sont sans particularité notable.
- Pas d'anomalie des voies biliaires.
- Pas de syndrome de masse utéro annexielle ni collection pelvienne décelable.

.../...

MME. MELLOUK AICHA

Au total :

- Malformation artério-veineuse au niveau du hile rénal gauche, responsable d'un refoulement cavitaire simulant un syndrome de jonction pyélocalcicelle gauche.
- Pas de syndrome obstructif urinaire ni lithiase décelée.
- Absence d'adénopathie profonde ni épanchement dans le Douglas.

DR BELHAJ SOULAMI ABDELILLAH

