

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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

N° W19-451588

12/02/23

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 13186	Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : EL OUAHDANI Mohamed Amine		
Date de naissance : 05/11/1989		
Adresse : Ville n° 181 lot EL DANSOUR Nels		
Tél. : 06 76 16 35 82	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation : 30/01/23		
Nom et prénom du malade : El OUAHDANI Yahya Age : 34		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Maladie Spasmadigies	
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 : **Temara** Le : **22/02/2023**
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT		
Déclaration de maladie N° W19-451588		
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.		
Coupon à conserver par l'adhérent(e).		
Matricule :	13186	
Nom de l'adhérent(e) :	El OUAHDANI	
Total des frais engagés :		
Date de dépôt :	22/02/23	

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
30/09/2022	C	250,00	INPI : 11111111 Dr MORJANI Lot. Wifan N° 1	

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
MAURICE ATTAUAN	30/04/88	104,70
D.R. L'ADRHAM Mouloud		
Projet N° 1 A1 WMS		
Mag. T6-05-1988		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. ALOUATI Médecin Spécialiste en Radiologie Diagnostique et Interventionnelle INPE 101164366	20/04/2022	Zéchakla Zéro Seizième	86000

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLET ADHERENT

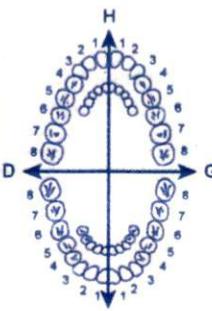
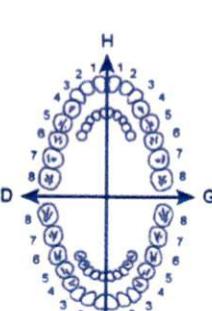
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				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			
	H	25533412 00000000	G	21433552 00000000
D	00000000	35533411	B	11433553
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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



Témara le, 30.04.22.

Dr.fadilam

yahya

16-60

1 - visceralgine

1 cdc

3x1 j

x5 j

2 - enterogerminal

1 ahp

2x1 j

x5 j

3 - Turfae enfant

1 sachet

3x1 j

x5 j

104,105

Dr. MORJANE
Lai. Wifaa N°3124
Tel : 0537660060
INPE : 1011

4 - Pediallid multitalines

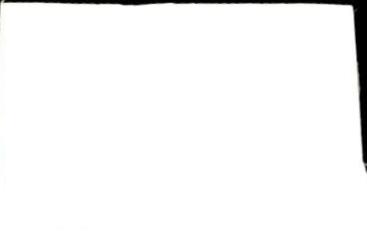
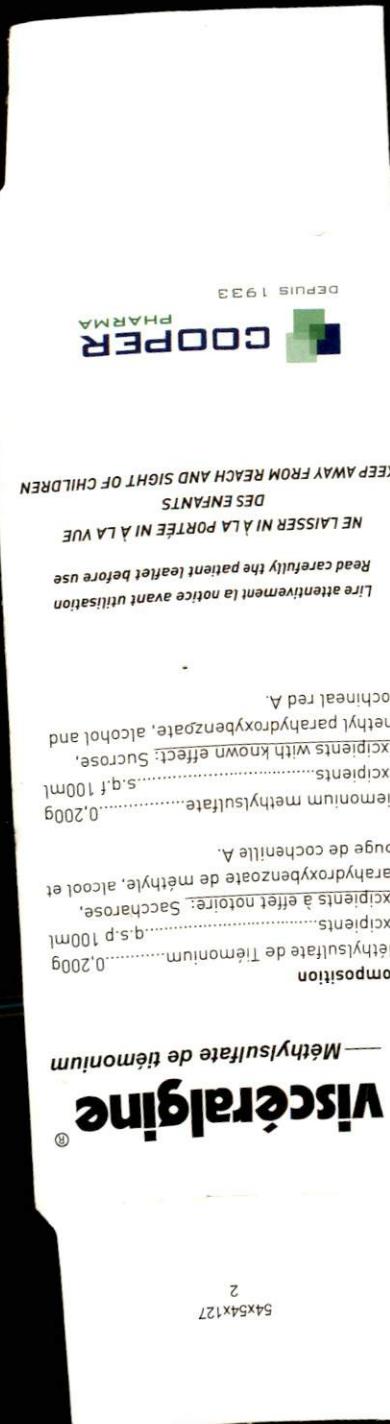
2 sac

2x1
x 1 more

Dpt MORJAN
Lat. Wifor N 3124, 1er Etage, Avr. 3
Tel: 05 33 27575
INPE: 101166619

Fodila

755.542.03.21



التركيبيّة: راسيكادوترييل 30 مللي لكل كيس-جرعة

سواز ذو تأثير معرف: سكاروز (2,899 غ لكل كيس-جرعة واحد).

التركيز: راسيكادوترييل 30 مللي لكل كيس-جرعة

بسبب قرابة النشرة يتبع عن قبل الاستعمال
مسحوق للتناول عبر الفم في كيس-جرعة علىة من 30.
يحيط بعيداً عن مرأى ومتداول الأطفال

000413



ENFANTS 30 mg Racécadotril

TIORFAN®

TIORFAN® 30mg
Boîte de 30 sachets-dose
P.P.V : 88.10 Dhs



6 118001 184651
Maphar
Km 10, route côtière 111
Ql-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca

RESPECTER LES DOSES PRESCRIPTIONS
يجب احترام الجرعات الموصوفة

Ce médicament est inscrit sur la liste I.
Il ne peut être obtenu que sur ordonnance médicale.

هذا الدواء مسجل على القائمة I.
لا يعطى إلا بناء على وصفة طبية.

غير الفم.

يجب قراءة النشرة يتبع عن قبل الاستعمال

مسحوق للتناول عبر الفم في كيس-جرعة علىة من 30.

Abbott

Peremption : ٢٠٢٣/٩/٥ ٠٩/٢٠٢٣
Date de fab. : ٢٠٢١/٦/٥ ١٠/٢٠٢١
Lot : ٢٠٢١/٦ SXE2666

à cocheter dans la
maple et pour maire

TIORFAN®
ENFANTS 30 mg Racécadotril

bioprojet
PHARMA

TIORFAN®
ENFANTS
30 mg Racécadotril
تيورفان® للأطفال
راسيكادوترييل
30 ملغ
30 كيس
مسحوق للتناول عبر الفم
في كيس-جرعة
30 Sachets-dose
Poudre orale en sachet-dose

Docteur Fadila MORJANE

PÉDIATRE

Néonatalogie

30669-03E



EL OUAHDANI YAHYA

Nais : 19/08/2019

DR.ALOUAT OMAR

ECHOGRAPH

30/04/2022

الدكتورة فاضلة مرجان

اختصاصية في امراض الاطفال و الرضع و حديثي الولادة
خريجة كلية الطب بالرباط
طبيبة مقيمة سابقاً بمستشفى الاطفال بالرباط

30.04.22

El Deahdani Yahya

1 - Echographie de
l'arbre urinaire
+ circonference scrotale.



Dr. ALOUAT Omar
Médecin Spécialiste en Radiologie
Diagnostique et Interventionnelle
INPE 101164366

D^r MORJANE Fadila
lot. Wifak N°3124, 1er étage, Appt. 3
Témara

Tél : 05 37 62 75 75
شقة 3 (الطابق الأول) شارع عبد الكريم الخطيب، تجزئة 3124، الوفاق، تمارا.
Appt 3 (1^{er} étage), Avenue Abdelkrim Al Khatib, lot 3124, Al Wifak, Témara.

06 61 29 00 67.

05 37 62 75 75.

docteurmorjane@gmail.com

POLYCLINIQUE WIFAK

TEMARA

Reçu de caisse

N° : 2204301355070510 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
22B0669-03E	EL OUAHDANI YAHYA	30/04/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		850,00
PAYANT	Total payé	850,00
HUIT CENT CINQUANTE DIRHAMS		

Reçu établi par : SOUAD



POLYCLINIQUE WIFAK

F A C T U R E

N° Admission : 22B0669-03E

N° 3 234 / 2022 du 30/04/2022

Nom patient	EL OUAHDANI YAHYA	Entrée 30/04/2022	Sortie 30/04/2022
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
ECHO SCROTALE	1,000		450,00	450,00
ECHO RENALE	1,000		400,00	400,00
		Sous-Total		850,00
Total Frais Clinique				850,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> HUIT CENT CINQUANTE DIRHAMS		Total général	850,00
--	--	----------------------	---------------

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	850,00				850,00	0,00



Nom du Patient: EL OUAHDANI YAHYA

Témara, le: 30/04/2022

ECHOGRAPHIE RENALE ET VESICALE

TECHNIQUE :

- Des coupes échotomographiques ont été réalisées au niveau rénal et vésico-prostatique à l'aide d'une sonde de 3,5 Mhz.

RESULTATS :

- A droite :**
 - Rein de taille normale d'échostructure homogène, avec bonne différenciation cortico-médullaire.
 - Absence de dilatation des cavités pyélocalicielles.
 - Absence d'image de lithiase rénale.
 - Absence de collection péri rénale.
- A gauche :**
 - Rein de taille normale d'échostructure homogène, avec bonne différenciation cortico-médullaire.
 - Absence de dilatation des cavités pyélocalicielles.
 - Absence d'image de lithiase rénale.
 - Absence de collection péri rénale.
- Vessie de bonne capacité, à paroi non épaisse.

CONCLUSION :

- Échographie rénale et vésicale sans particularité.

Dr O.ALOUAT

Dr. ALOUAT Omar

Médecin Spécialiste en Radiologie
Diagnostique et Interventionnelle
INPE 101164366

« En vous remerciant de votre confiance »



Lotissement Wifaq Eq1, Temara. ☎ +212 5 37 58 20 00 📩 Polyclinique.wifak@gmail.com



ECHOGRAPHIE TESTICULAIRE

Résultat :

A droite :

- Testicule droit de siège intra-scrotal, de taille normale.
- Il présente des contours réguliers et une échostructure homogène.
- Absence d'anomalie épидidymaire.
- Absence d'hydrocèle.

A gauche :

- Testicule gauche de siège intra-scrotal et de taille normale.
- Il présente des contours réguliers et une échostructure homogène.
- Absence d'anomalie épidydimaire.
- Absence d'hydrocèle.

Conclusion:

Absence d'anomalie testiculaire à droite comme à gauche, ce jour.

Absence de signe de torsion des deux cordons spermatiques.

Dr O.ALOUAT

Dr. ALOUAT Omar

Médecin ~~Spécialiste en Radiologie~~
~~Diagnostique et Interventionnelle~~
INPE 101164366

« En vous remerciant de votre confiance »



Lottissement Wifaq Eq1, Temara. ☎ +212 5 37 58 20 00 ✉ Polyclinique.wifak@gmail.com

