

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° P19- 0041403

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0856 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZIDANI Abdeljalil  
 Date de naissance : 04-08-1949 à CASABLANCA  
 Adresse : Rue Villa 37 groupe W EL OULFA  
 HAY HASSANI CASABLANCA  
 Tél. : 06 61 10 1385 Total des frais engagés : 1166,10 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 11/2022  
 Nom et prénom du malade : ZIDANI Abdeljalil Age : 71 ans  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : 07/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

*(Signature)*

*(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
01/11/2022	4		200,-	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01/11/2022	666,12

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/11/2022	FE06 Cliché radiographie Vésicule	300,-

# AUXILIAIRES MEDICAUX

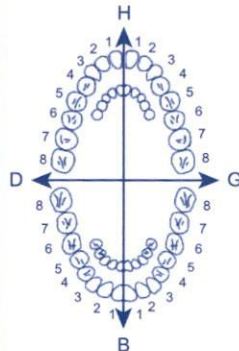
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

Veuillez 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table><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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	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  
D'HEMODIALYSE ET  
DES MALADIES RENALES  
ABDELMOUMEN**

مركز تصفية الدم و أمراض الكلى محمد المومن

**Maladies rénales • Hémodialyse • Lithiases rénales • Echographie • Biopsie rénale**

الدكتور عبد العزيز الشرايبي

**Dr. Abdelaziz CHRAIBI**

Maladies du Rein-Dialyse

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris



091042606

الدكتور المصطفى فاتحي

**Dr. El Mustapha FATIHI**

Professeur de Néphrologie

Maladies du Rein-Dialyse



091064238

Casablanca, le :

11/11/22

N° Zidani Abdelaziz

122,10 x 4,5  
488, w.

Tricake 5

12,90 x 9 = 116,1?

21 Ipradha 5

61,60. 3

Calcidiol 5

15/11/22

**HARMACIE DU NIL**

451, Bd. Oum-Rabli  
Oulfa - Casablanca



36, Angle Av. de l'Hermitage et Allée des Cassiopées

Fax: 0522865973: الفاكس Tél: 0522863030 - 05228

CNSS : 2599639 - PATENTE : 3454303 - I.F : 20725614

36, زاوية محج لارميطاج و ممر كاس

0661180003

001842645000079



090000886

E-mail : azizchraibi055@gmail.com - efatihi@yahoo.fr

12,90

12,90

12,90

12,90

12,90

122,10

122,10

122,10

122,10

12,90

12,90

12,90

12,90



**CENTRE  
D'HEMODIALYSE ET  
DES MALADIES RENALES  
ABDELMOUMEN**

مركز تصفية الدم و أمراض الكلى محمد المومن

**Maladies rénales • Hémodialyse • Lithiases rénales • Echographie • Biopsie rénale**

الدكتور عبد العزيز الشرايبي

**Dr. Abdelaziz CHRAIBI**

Maladies du Rein-Dialyse

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris



091042606

الدكتور المصطفى فاتحي

**Dr. El Mustapha FATIHI**

Professeur de Néphrologie

Maladies du Rein-Dialyse



091064238

Casablanca, le : 07/11/2022

M<sup>r</sup> ZIDANI Abdeljalil

note d'honoraires pour  
une Echographie rénale

≠ 3000

Dr. El Mustapha FATIHI  
Professeur de Néphrologie  
Maladies du Rein-Dialyse  
36, Angle Av. l'Hermitage et Allée des Cassiopées - Casablanca  
Tél: 0522863030 - Fax: 0522865973 - CNSS: 3454303 - I.F: 20725614 - RC: 366913 - INP 090000886 - ICE: 001842645000079



36, Angle Av. de l'Hermitage et Allée des Cassiopées - Casablanca

Fax: 0522865973 : الفاكس Tél: 0522863030 - 0522861212 : الهاتف

CNSS : 2599639 - PATENTE : 3454303 - I.F: 20725614 - RC: 366913 - INP 090000886 - ICE: 001842645000079

E-mail : azizchraibi055@gmail.com - efatihi@yahoo.fr

36, زاوية محج لارميطاج و ممر كاسيوي - الدار البيضاء

URGENCES 24h/24: 0661180003



090000886



CENTRE  
D'HEMODIALYSE ET  
DES MALADIES RENALES  
ABDELMOUMEN

مركز تصفية الدم و أمراض الكلى عبد المومن

Maladies rénales • Hémodialyse • Lithiases rénales • Echographie • Biopsie rénale

الدكتور عبد العزيز الشرايبي  
Dr. Abdelaziz CHRAIBI

Maladies du Rein-Dialyse  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris



091064238

NOM: ZIDANI

PRENOM: ABDELJALIL

Casablanca, le : 01-11-2022

## ECHOGRAPHIE RENALE

الدكتور المصطفى فاتحي  
Dr. El Mustapha FATIHI

Professeur de Néphrologie  
Maladies du Rein-Dialyse



091064238

GNC avec HTA et IRC modérée avec créatinine à 22 mg par litre

### Rein droit :

- Taille réduite
- dédifférenciation cortico-médullaire
- Pas de dilatation des cavités pyelocalicielles
- Kyste cortical

### Rein gauche :

- Taille réduite
- dédifférenciation cortico-médullaire
- Pas de dilatation des cavités pyelocalicielles
- Kyste cortical

### Vessie :

Vide

### CONCLUSION :

Reins de tailles réduites hyperéchogènes sans dilatation des cavités pyelocalicielles avec des kystes corticaux



36, Angle Av. de l'Hermitage et Allée des Cassiopées - Casablanca

الهاتف: 0522861212 - 0522863030 - الفاكس: 0522865973

CNSS : 2599639 - PATENTE : 3454303 - I.F : 20725614 - RC: 366913 - INP 090000886 - ICE : 001842645000079

E-mail : azizchraibi055@gmail.com - efatihi@yahoo.fr

36, زاوية محج لارميطاج و ممر كاسيوي - الدار البيضاء

URGENCES 24h/24: 0661180003



090000886

CA11 13 5/4  
PROP 150 2 mm

MALADIES REINHALES ABDELMOUMEN  
20 875

ABDOMINAL  
01 JAN 88 14 36 2

PUIS MED-H  
CI 16



BOULE ARRÊT

5 NF: 2

5 ---

5 CI: BLV

5 < >

5 STD



CA11 13 5/4  
PROP 150 2 mm

MALADIES REINHALES ABDELMOUMEN  
20 875

ABDOMINAL  
01 JAN 88 14 37 19

PUIS MED-H  
CI 16



BOULE ARRÊT

5 NF: 2

5 ---

5 CI: BLV

5 < >

5 STD

