

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



Déclaration de Maladie

M22- 0010077

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1864 Société : R.A.M. 145322
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : KOUTANI MOHAMED
 Date de naissance :
 Adresse : CITE HASSANI Raja 528 - N° 947 CASABLANCA
 Tél. : 052999 2121 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/02/2023
 Nom et prénom du malade : KASSEDE Fatma
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Néphropathie
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

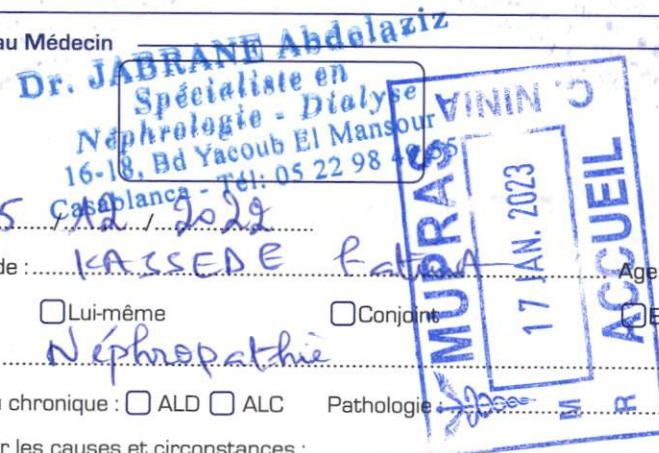
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
15-12-2022	C		6	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Date	Montant de la Facture	
13/12/22	11,20	
15/12/22	86,40	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/12/22	280	800,00 Dhs

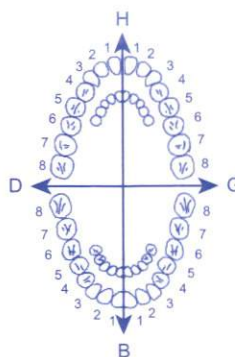
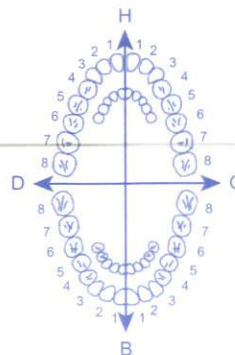
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <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																		
	<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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	[Création, remont, adjonction]																		
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
				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

CENTRE D'HÉMODIALYSE YACOUB EL MANSOUR

16 18 BD Yacoub El Mansour Maarif Extension RDC Casablanca

Docteur JABRANE ABDELAZIZ

Spécialiste en Néphrologie - Dialyse

Tél : 05.22.98.49.55

Fax : 05.22.98.88.05



الدكتور جبران عبد العزيز
إختصاصي في أمراض الكلى


الهاتف : 05.22.98.49.55

الفاكس : 05.22.98.88.05

Casablanca Le : 13-12-22

ORDONNANCE

Kashe Khsh

① *Zyortec* 
63,20 1/2 x 10g

63,20

CENTRE D'HÉMODIALYSE
YACOUB EL MANSOUR
Dr. JABRANE ABDELAZIZ
Extension RDC - Casablanca
Tél: 05.22.98.49.55

Pharmacie MENJURA
Dr. MENJURA Samir
16, Angle Bd Mou Sineat Rue
H. Hachemi - Casablanca
20000000

CENTRE D'HÉMODIALYSE YACOUB EL MANSOUR

16 18 BD Yacoub El Mansour Maarif Extension RDC Casablanca

Docteur JABRANE ABDELAZIZ

Spécialiste en Néphrologie - Dialyse

Tél : 05.22.98.49.55

Fax : 05.22.98.88.05



الذكتور جبران عبد العزيز
إختصاصي في أمراض الكلي

الهاتف : 05.22.98.49.55

الفاكس : 05.22.98.88.05

Casablanca Le : 15/12/2022

ORDONNANCE

Kassab fatma

① 28.80

cr



3 om's

T₂ 86.40

PPV	
LOT	28,80
PER	

PPV	
LOT	28,80
PER	

PPV	
LOT	29,80
PER	

صيدلية المنيرة
Pharmacie MENJRA
Dr. MENJRA Samir
16, Angle Bd. Lénou Sinou Rue
Hay Hassani - Casablanca
Tel : 05 22 89 50 05

Extension RDC - Casablanca
Tel: 0522 98 49 55
Dr. JABRANE Abdelaziz
CENTRE D'HÉMODIALYSE
YACOUB EL MANSOUR

CENTRE D'HÉMODIALYSE YACOUB EL MANSOUR

16 18 BD Yacoub El Mansour Maarif Extension RDC Casablanca

Docteur JABRANE ABDELAZIZ

Spécialiste en Néphrologie - Dialyse

Tél : 05.22.98.49.55

Fax : 05.22.98.88.05



الذكتور جبران عبد العزيز

إختصاصي في أمراض الكلي

الهاتف : 05.22.98.49.55

الفاكس : 05.22.98.88.05

Casablanca Le : 15-12-2022

ORDONNANCE

Dr. Khaled JAHIM

① Bilan de l'insuffisance rénale

Echographie de
Aorte & Dorsale

RADIOLOGIE HAY HASSANI
ANFA
10, km Centre Maarif Route d'Azemmour
et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél : 05 22 98 10 10 / 05 22 98 07 07

CENTRE D'HÉMODIALYSE
YACOUB EL MANSOUR
Dr. JABRANE Abdelaziz
Extension RDC - Casablanca
Tél: 0522 98 49 55

INPE : 091079459 - INPEts : 090001355 - Patente : 35804252 - CNSS : 6009345 - IF 50255360

RC : 505177 - ICE : 002798903000088 E-mail: jabraneaziz@menara.ma

IF : 2221555

Casablanca, le 16/12/2022

Facture N° 4058/12/2022

Nom patient : KASSEDE FATIMA

Examen(s) réalisé(s) : ECHO DOPPLER RENAL

Date Examen(s) : 16/12/2022

Montant : 800 DH

Montant Produits : 0,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE
MONTANT TOTAL :
HUIT CENTS DIRHAMS**

10, Imm. Communal. Angle route d'Azemmour et Bd. Sidi Abderrahmane - Casablanca
Tél. : 05 22 90 10 10 / 05 22 90 07 07 - Fax : 05 22 93 37 13
Pantente : 35 00 38 66 - TVA : 73 39 10 - ICE : 001686337000022

**Dr. O. Alami**

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Dr. N. Faris

Spécialiste en Radiologie
Lauréate de l'Université Nancy I
Ex Radiologue au CHU Ibn Rochd

Casablanca , le 16/12/2022

PATIENT : Mme. KASSEDE FATIMA
MEDECIN TRAITANT : DR JABRANE ABDELAZIZ
EXAMEN(S) REALISE(S) : ECHO DOPPLER RENAL

Cher Docteur,**Je vous remercie de nous avoir adressé votre patiente dont voici le résultat de l'examen.**

ECHO-DOPPLER RENAL

- ❖ Discret épanchement liquidien péri cardiaque.
- ❖ Les deux reins sont de taille, de morphologie et de situation normales, leurs contours sont réguliers. Ils sont moyennement différenciés.
- ❖ Absence de dilatation des cavités pyelo-calicielles.
- ❖ Les artères rénales ont une paroi fine et régulière.
- ❖ L'étude doppler couleur et pulsé réalisé au niveau ostial, moyen hilair et en intra rénal, met en évidence un spectre d'allure normale avec un temps de montée systolique normal. On note une augmentation des résistances de façon diffuse et bilatérale avec une nette augmentation des vitesses au niveau de l'artère rénale gauche.

AU TOTAL

Reins de taille normale, moyennement différenciés avec une augmentation des vitesses et des résistances au niveau des différents sites étudiés, en rapport avec la néphropathie.

Confraternellement**DR N. FARIS**