

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0055429

☒ 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 : 01/08/1949 à Casablanca
 Adresse : Rue 2 Villa 37 groupe N-EL OUCFA
 1104 HASSANI CASABLANCA
 Tél. : 0661101385 Total des frais engagés : 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 13/01/2023
 Nom et prénom du malade : Zidani Abdeljalil Age : 73
 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 : Casablanca Le : 13/01/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Dr. El Mustapha FATHI
 Professeur de Néphrologie
 Maladies du Rein - Dialyse
 30 Angle Av. l'Héritage et Allée des Cassiopéas
 Tél: 022 86 30 30 Fax: 022 86 59 73 - Cas

INP:091064238

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 devis
13/01/23	At	1	200,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/01/2023	Echo rénale	300,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

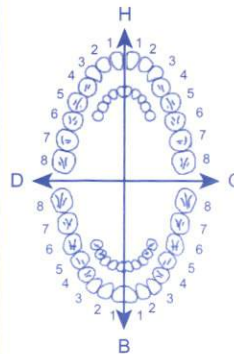
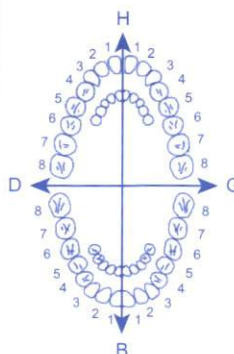
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td>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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	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'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



091042606

الدكتور المصطفى فاتحي
Dr. El Mustapha FATIHI

Professeur de Néphrologie
Maladies du Rein-Dialyse



091064238

Casablanca, le : 13 - 01 - 2023

M. Zidam Abdeljalil

Honoraires pour Echo rénale

300,00

الدكتور المصطفى فاتحي
Dr. El Mustapha FATIHI
Professeur de Néphrologie
Maladies du Rein - Dialyse
36, Angle Av. l'Hermitage et Allée des Cassiopées
Tél: 022 86.30.30/022 86.72.12/Fax: 022 86.59.73 - Casa



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



**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



091042606

13/01/2023

الدكتور المصطفى فاتحي
Dr. El Mustapha FATIHI

Professeur de Néphrologie
Maladies du Rein-Dialyse



091064238

Casablanca, **ECHOGRAPHIE RENALE**

NOM: ZIDANI

PRENOM: ABDELJALIL

Néphropathie, HTA, IRC modérée

Rein droit :

- Taille limite
- Légère dédifférenciation cortico-médullaire
- Pas de dilatation des cavités pyelocalicielles
- kyste polaire

Rein gauche :

- Taille limite
- Légère dédifférenciation cortico-médullaire
- Pas de dilatation des cavités pyelocalicielles
- Kystes corticaux

Vessie :

Vide

CONCLUSION :

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



الدكتور المصطفى فاتحي
Dr. El Mustapha FATIHI
Professeur de Néphrologie
Maladies du Rein - Dialyse
36, Angle Av. l'Hermitage et Allée des Cassiopées - Casa
Tél. : 022.86.30.30 / 022.86.1212 Fax : 022.86.59.73

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

الهاتف: 0522861212 - 0522863030 Tél: 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

