

# 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

- 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.

Maladie  Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0856

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZIAD AM 73 de Jel el

Date de naissance : 04/08/1949 à CASABLANCA

Adresse : Rue Z Villa 37 groupe W-ELOUCHA

HAY HASSANI C 754 B1 211 CA

Tél. : 0661101385 Total des frais engagés 500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



INP:091064238

Date de consultation : 13/01/2023

Nom et prénom du malade : Ziad Abdeljalil Age: 73

Lien de parenté :

Soi-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

*Nephrologie*

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) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet de signature du Médecin attestant le paiement des Actes
13/01/23	ctt	1	200,00	DR. EL MUSTAFA HASSAN Professeur de Nephrologie et des reins l'Harmattan et Allée des Cassons 22 80 9 125 42 022 86 59 73 - 06
				91064238

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur Jean-Pierre BAYSE Professeur de Médecine des Maladies de l'Homme Av. l'Hermitage 12/14 1030 Bruxelles Tél. 02.30.02.83.12 / 02.30.02.83.13 Fax 02.30.02.83.14	13/01/2023	Echo finale	300,-

AUXILIAIRES MEDICALS

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

## 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													
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	11433553														
G	35533411															
				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



CENTRE  
D'HEMODIALYSE ET  
DES MALADIES RENALES  
ABDELMOUMEN

مركز تصفيه الدم و أمراض الكلى عبد المؤمن

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

الدكتور عبد العزيز الشراibi

Dr. Abdelaziz CHRAIBI

Maladies du Rein-Dialyse

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris



091042606

الدكتور المصطفى فاتحي

Dr. El Mustapha FATHIHI

Professeur de Néphrologie

Maladies du Rein-Dialyse



091064238

Casablanca, le : 13 - 01 - 2023

Mr. Zidane Abdeljalil

Honoraires pour Echo rénale

300,00

الدكتور المصطفى فاتحي  
Dr. El Mustapha FATHIHI  
Professeur de Néphrologie  
Maladies du Rein - Dialyse  
36, Angle Av. l'Hermitage et Allée des Cassiopées  
Tél: 022 86.30.30/022 86.12.12/Fax: 022 86.59.73 - Casa



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

Fax: 0522865973 - Téléphone: 0522863030 - 0522861212

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

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

36, زاوية محج لارميطاج و ممر كاسيobi - الدار البيضاء  
URGENCES 24h/24: 0661180003



090000886



CENTRE  
D'HEMODIALYSE ET  
DES MALADIES RENALES  
ABDELMOUMEN

مَرْكُزْ تَحْقِيقَةِ الدَّمْ وَأَمْرَاضِ الْكَلَيْ بْنَ عَبْدِ الْمُؤْمِنْ

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

الدكتور عبد العزيز الشراibi

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 - Casablanca  
Tél.: 022.86.30.30 / 022.86.12.27.72 - 022.86.59.73

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

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

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

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

URGENCES 24h/24: 0661180003



090000886

36

CAII 3.5 m  
PROF 150 2 mm

MILHIES RENHES HODEL MOULIN  
20 892

ABDOMINAL

01 JAN 88 18.00 38

PUIS MED-H  
CI 15



BOULE ARRET

N.F: 2 D: --- S CI: BLV S < > S STD

CAII 3.5 m  
PROF 150 2 mm

MILHIES RENHES HODEL MOULIN  
20 892

ABDOMINAL

01 JAN 88 18.01 32

PUIS MED-H  
CI 15



BOULE ARRET

N.F: 2 D: --- S CI: BLV S < > S STD