

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-716712

152688

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08307 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : ELIRAKI Mohamed Si Shoun
 Date de naissance : 28/11/1966
 Adresse : Rés Nivaleur Gaudin, Im. B2 Apt 51 NWACEUR
 Tél. : 0661231610 Total des frais engagés : 280,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 08-03-2023
 Nom et prénom du malade : ELIRAKI M - SI SHOUN Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Coliques Néphrétiques
 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 : 08/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

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
08.03.2023		V2+ Echo	600,00 DH	INP : INPE:091149005 Professeur ZAHED Néphrologie Maladies Rénales Di Oasis tend - C

08.03.23

V2+

Eduo

600,00 SH

NP :

INPE:091149005

Professeur Zaid
Néphrologie
Centre de Maladies Rénales Dialyse
Al Hayat Oasis
Edmond Restand - Oasis
29, Rue Edmond Restand - Tél: 0522 77 99 50
Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>PHARMACE LAHJA</p> <p>Nadia ZEMMAMA</p> <p>29 Rue Edmond Ho</p> <p>Casablanca - Tel: 0522 11</p>	08/03/2023	280,50

Cachet du Pharmacien
ou du Fournisseur

Date _____

Montant de la Facture

HARMACE LAHJAK
Nadia ZEMMARO
www.harmace-residence.com
06-78-98-23-34-35

08/03/2023

280,50

[illegible]

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires[illegible]

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre

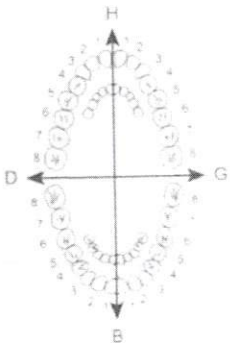
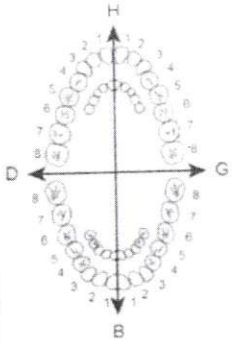
Montant détaillé
des Honoraires

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 caninaires, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

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

Important :

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF

INP : [][][][][][][]

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUX.MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
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 DE MALADIES RENALES DIALYSE AL HAYAT OASIS

CASABLANCA



Professeur Zaid Driss
Néphrologie
Dialyse

27,50

140,00
99,00

14,00

280,50

M. ELIRAKI M. SIDHOUM.

1) Sparfam CP
1 CP x 31

27,50

2) Dels 20mg
1 sel

LOT: 211542
PER: 05-2024
PPV: 140.00DH

LOT 211314
EXP 04/2024
PPV 99.00DH

3) Delpirane 1

1 CP
Dels



LOT: M260
PER: 01/26
PPV: 14DH00

Professeur ZAID Driss
Néphrologie

Centre de Maladies Rénales Dialyse
Al Hayat Oasis
29, Rue Edmond Rostand - Oasis
Casablanca - Tél: 0522 77 99 50



CENTRE DE MALADIES RENALES DIALYSE AL HAYAT OASIS

2, Rue Jean Rostand Oasis

090061938



FACTURE

N° 171 / 2023 du 08/03/2023

Nom patient	EL IRAKI MOHAMED SIDHOUM	Entrée 08/03/2023	Sortie 08/03/2023
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTAION+ECHO	1,00		600,00	600,00
			Sous-Total	600,00
Total Frais Clinique				600,00

	Total général 600,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : SIX CENTS DIRHAMS	

Encaissements	Espèces 600,00				Total encaissé 600,00	Solde 0,00
---------------	-------------------	--	--	--	--------------------------	---------------





CENTRE DE MALADIES RENALES DIALYSE AL HAYAT OASIS

CASABLANCA



CENTRE DE MALADIES RENALES DIALYSE ALHAYAT OASIS

08/03/2023

Mr **ELIRAKI MED SIDHOUM**, age de 58 ans

ATCD : HTA sous Nebilet , Cholecystectomie, puis cure de LVB par coelio

SPA depuis l age de 25 ans, consommation moderee des AINS

Emission de calculs urinaires a repetition avec des lithotripsies

Toujours du rein gauche ,depuis 2017

Depuis 3 jours douleur lombaire gauche sourde avec des urines troubles

sans fièvre ni hématurie

EXAMEN : TA 145/85 FC 72 OMi=0 Déformation rachidienne

ECHOGRAPHIE RENALE :

-Rein droit de bonne taille de 11,15cm , bien différencié, non dilaté pas de

calcul ni kyste rénal

- Rein gauche : de bonne taille siège d une dilatation discrète avec présence

de 2 calculs médiorenaux

-Vessie, prostate RAS

Au total : 2 calculs rénaux a répétition de cote gauche, avec discrète

dilatation sur terrain de SPA

A bilanter

Professeur Zaid Driss
Néphrologie
Centre de Maladies Rénales Dialyse
Al Hayat Oasis
29, Rue Edmond Rostand - Oasis
Casablanca - Tél 05 22 77 99 50

