

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0031485

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0856 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ZIDANI Abdeljalil
Date de naissance : 04/08/1949 à Casablanca
Adresse : Rue Villa 39 groupe W. EL OULFA
HA/ HASSAM Casablanca
Tél. 0661101385 Total des frais engagés : 1086,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. El Mustapha BATIH
Professeur de Néphrologie
Maladies du Rein - Dialyse
30 Angle Av. l'Hermitage et Allée des Casablancais
Tél. 022 86 30 30/22 Fax 022 86 30 30

Date de consultation : 16.01.2024
Nom et prénom du malade : ZIDANI Abdeljalil Age : 74 ans
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 : 24/01/2024
Signature de l'adhérent(e) :

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

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
16/01/2024	Orthodontie		250,00 DT	INP:091064238
	Orthodontie		400,00 DT	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU N°1 451, Bd. Oum-Rabii Casablanca	16/01/2024	436,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 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



0910422606

الدكتور المصطفى فاتحي

Dr. El Mustapha FATIHI

Professeur de Néphrologie

Maladies du Rein-Dialyse



091064238

Casablanca, le : 16/09/2024

M^r ZIDANI Abdeljalil

Note d'honoraires pour
une Echographie rénale

≠ 400,00 DH ≠

≠ quatre cent Dirhams ≠



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 : azizchraibi05@gmail.com - efatihi@yahoo.fr

36, زاوية محج لارميطاج و ممر كاسويي - 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

Casablanca, le : 16/1/24

الدكتور المصطفى فاتحي
Dr. El Mustapha FATIHI

Professeur de Néphrologie
Maladies du Rein-Dialyse



091064238

Handwritten: 7 Zidari Abdelaziz

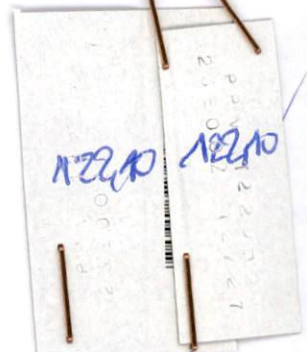
Handwritten: Cortan 5 mg

Handwritten: Tracel 5 mg

Handwritten: 3, 12, 90 x 2 = 24, 90
2 laqueur 2 =

Handwritten: 4, 12, 90 x 2 = 102, 23
Hypodiaz

Handwritten: 12, 90 x 2 = 40, 30
u36, 20



LOT : 23E003
PER: 08 2026
PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30
P.P.V : 51DH10
6 118001 082070

LOT : 23E003
PER: 08 2026
PLAQUENIL 200MG
CP PEL B30
P.P.V : 51DH10
6 118001 082070

PHARMACIE DU NIZ
451, Bd. Bou-Rabii
Casablanca

Dr. El Mustapha FATIHI
Professeur de Néphrologie
Maladies du Rein-Dialyse
36, Angle Av. l'Hermitage et Allée des C
Tél.: 022 86 30 30 / 022 86 30 31

36, Angle Av. de l'Hermitage et Allée des C
Fax: 0522865973 : الفاكس Tél: 052286303
CNSS: 2599639 - PATENTE: 3454303 - I.F: 2
E-mail:



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

16/01/2024

الدكتور المصطفى فاتحي

Dr. El Mustapha FATIHI

Professeur de Néphrologie

Maladies du Rein-Dialyse



09104238

Casablanca, le **ECHOGRAPHIE RENALE**

NOM: ZIDANI

PRENOM: ABDELJALIL

Poly angéite microscopique avec, HTA et IRC modérée

Rein droit :

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

Rein gauche :

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

Vessie :

Vide

CONCLUSION :

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



090000886

