

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

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

N° W19-432712

*Coeur*

|  |  |                                  |                                 |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie                          | <input type="checkbox"/> Dentaire                | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) <b>23969</b>                           |  |                                  |                                 |
| Matricule :  | 3218   | Société :                        |                                 |
| <input type="checkbox"/> Actif                                       | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom : <b>Beljib Zaina</b>                                   |  |                                  |                                 |
| Date de naissance : <b>18/12/54</b>                                  |  |                                  |                                 |
| Adresse : <b>n° 22 El N° 39 Cité 'Alfajha Agadir</b>                 |  |                                  |                                 |
| Tél. : <b>0661389556</b> Total des frais engagés : <b>258,46 DHS</b> |  |                                  |                                 |

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin  |  |  |  |
| <b>Dr. Faraj OUNAJIM</b><br>Médecin - Vacataire<br>Sce. des Urgences<br>Polyclinique CNSS - AGADIR  |  |  |  |
| Cachet du médecin :   |  |  |  |
| Date de consultation : <b>03/01/20</b>  |  |  |  |
| Nom et prénom du malade : <b>BELJIB - ZAINA</b> Age : <b>64 ans</b>   |  |  |  |
| Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant                                  |  |  |  |
| Nature de la maladie : <b>Pathologie néphrologique</b>  |  |  |  |
| 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 : Agadir** **Le : 03/01/2020**  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

|   |                     |
|---|---------------------|
| VOLET ADHÉRENT  |                     |
| Déclaration de maladie  | N° W19-432712       |
| Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. |                     |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e).   |                     |
| Matricule :   | <b>3218</b>         |
| Nom de l'adhérent(e) :  | <b>Zeljib Zaina</b> |
| Total des frais engagés :   | <b>358,46 DA</b>    |
| Date de dépôt :   |                     |





Radiologie Numérisée - Echographie - Echo Doppler - Mammographie Numérique 3D et Tomosynthèse  
Scanner multibarette - Ponctions guidées ( Scanner, Echo) - IRM Haut Champ 1,5T - Ostéodensitométrie - Panoramique dentaire

الدكتور رشيد طنطوي - الأستاذ عبد الله عبد الوافي - الدكتورة منية الملطفي - الدكتور عمر الخبالي  
Dr. Rachid TANTAOUI - Pr. Abdellah ABDELOUAFI - Dr. Mounia EL MOULATTAF - Dr. Omar EL KHAYALI

03/01/2020  
Agadir, le .....

**Facture N° 13/0120**

Identité : ..... **BELJID.ZAINA** .....

Examen : ..... **ECHO K20** .....

Montant : ..... **200,00 Dhs.**

**DEUX CENTS DIRHAMS**

**Dr.**

**RADIOLOGIE RYAD ACHIFAE**  
N°129, Angle Rue de Marrakech et  
Av. Al Moukawama, AGADIR  
Tel. 05 28 84 36 26



Radiologie Numérisée - Echographie - Echo Doppler - Mammographie Numérique 3D et Tomosynthèse  
Scanner multibarette - Ponctions guidées ( Scanner, Echo) - IRM Haut Champ 1,5T - Ostéodensitométrie - Panoramique dentaire

الدكتور رشيد طنطوي - الأستاذ عبد الله عبد الوافي - الدكتورة منية المطاف - الدكتور عمر الخيالي  
Dr. Rachid TANTAOUI - Pr. Abdellah ABDELOUAFI - Dr. Mounia EL MOULATTAF - Dr. Omar EL KHAYALI

Agadir, le :03/01/2020.....

Médecin demandeur : DR.....

Mme. BELJID ZAINA

### ECHOGRAPHIE ABDOMINALE :

Les reins sont en place habituelle, de taille normale de contours réguliers avec une bonne différenciation cortico-médullaire. Minime dilatation des cavités pyélocalicielles droites et de l'uretère en rapport avec un calcul de 6 mm du méat urétéal.

Pas de dilatation des cavités rénales gauches.

Le foie est de volume normal, de contours réguliers. Son parenchyme est homogène sans image nodulaire.

Le tronc porte est perméable ainsi que ses branches intrahépatiques et les veines sus-hépatiques.

Les voies biliaires intra et extra-hépatiques ne sont pas dilatées.

Absence d'épanchement péritonéal.

### CONCLUSION :

Syndrome obstructif rénal droit par calcul de 6mm du méat urétéal avec faible retentissement en amont.

**Dr. Rachid TANTAOUI**  
*Radiologue*  
**abinet de Radiologie RYAD ACHIFAE**  
Imm. Achtouk, N° 129 Angle rue de Marrakech  
et Av. Al Moukawama, Agadir  
Tél: 05 28 84 36 26 - Fax: 05 28 84 36 00

DR TANTAOUI

Demande d'Examen d'IMAGERIE MEDICALE

Nom du service Médical  
demandeur code

NOM DU MALADE

BEL JID - ZAINA

N° C.N.S.S ou Mutuelle

03/01/20

IPP-085188

Renseignement Clinique

Examen demandé

Colique néphritique

RADIOLOGIE RYAC  
N°129, Angle Rue de l'Aéroport  
Av. Al Moutawakkil  
Tél: 05 28 04 16 26

échographie abdominale

Dr. Fargi OUNAJIM  
Médecin - vacataire  
Sce. des Urgences  
Polyclinique CNSS - AGADIR

Le Médecin Traitant

| Z = | PC = | K = | URGENT | RAPIDE | NON URGENT |
|-----|------|-----|--------|--------|------------|
|-----|------|-----|--------|--------|------------|

|       |  |       |  |       |  |       |  |
|-------|--|-------|--|-------|--|-------|--|
| 24x30 |  | 36x43 |  | 35x35 |  | 18x24 |  |
| 30x40 |  | 35x35 |  | 13x18 |  | 15x40 |  |

Biffer les mentions inutiles

Total clichés =

Total posée =

POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR  
Extension : Rue Moulay Youssef  
80000 AGADIR

Tél: 0528-84-66-21/25/27 Fax: 0528-84-66-24  
INPE: 040001430 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



|  |              |                      |               |                              |                                  |               |                |                 |                |                  |                |         |
|--|--------------|----------------------|---------------|------------------------------|----------------------------------|---------------|----------------|-----------------|----------------|------------------|----------------|---------|
| N° IPP :                                     | 85188        | N° SEJOUR :          | 200000366     | <b>FACTURE N° 2005000211</b> |                                  |               |                | DATE D'ENTREE : | 03/01/2020     | DATE DE SORTIE : | 03/01/2020     |         |
| ASSURE :                                     |              |                      |               |                              |                                  |               |                | DESTINATAIRE :  | BELJID,Zaina   |                  |                |         |
| MALADE :                                     | BELJID,Zaina |                      |               |                              | UF:                              | 5002 URGENCES |                |                 |                |                  |                |         |
| NOM JEUNE FILLE :                            |              |                      |               |                              | N° IMMAT C.N.S.S :               |               |                |                 |                |                  |                |         |
| TIERS PAYANT 1 :                             |              |                      |               |                              | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : |               |                |                 |                |                  |                |         |
| TIERS PAYANT 2 :                             |              |                      |               |                              | N° SE. SOC. ETRANG. :            |               |                |                 |                |                  |                |         |
| REF. PC 1 :                                  | REF. PC 2 :  | NATURE DE PRESTATION | LETTRE<br>CLE | NOMBRE<br>x COEF             | PRIX<br>UNITAIRE                 | TOTAL         | TIERS PAYANT 1 |                 | TIERS PAYANT 2 |                  | PART DU MALADE |         |
|  |              |                      |               |                              |                                  |               | % / Dh         | MONTANT         | % / Dh         | MONTANT          | % / Dh         | MONTANT |
| CONSULTATAION DE MEDECIN.                    |              | CN                   | 1.00          | 120.00                       | 120.00                           |               |                |                 |                | 0.00             | 120.00         |         |
| CONSULTATION GENERALISTE (NUIT ET JOUR F)    |              | AMI                  | 2.00          | 7.50                         | 15.00                            |               |                |                 |                | 0.00             | 15.00          |         |
| ACTES INFIRMIERS ET AUXILIAIRES PARAMEDICAUX |              |                      |               |                              |                                  | 21.42         |                |                 |                | 0.00             | 21.42          |         |
| ACTES PRATIQUES PAR L'INFIRMIER              |              |                      |               |                              |                                  | 2.04          |                |                 |                | 0.00             | 2.04           |         |
| PRODUITS PHARMACEUTIQUES                     |              |                      |               |                              |                                  |               |                |                 |                |                  |                |         |
| FOURNITURES MEDICALES                        |              |                      |               |                              |                                  |               |                |                 |                |                  |                |         |

|  |                                      |             |            |                                      |                                 |                       |        |  |          |        |  |
|--|--------------------------------------|-------------|------------|--------------------------------------|---------------------------------|-----------------------|--------|--|----------|--------|--|
| Intervenant :                                    | 20072 DR OUNAJIM FARAJ (GENERALISTE) | TOTAUX :    | 158.46     |                                      |                                 |                       |        |  |          | 158.46 |  |
| Arrêtée la présente facture à la somme de :      |                                      |             |            | PLAFOND PC :                         |                                 |                       |        |  | ACOMPTE: |        |  |
| CENT CINQUANTE HUIT DHS ET QUARANTE SIX CENTIMES |                                      |             |            | REMISE :                             | 0.00                            | REGLE :               | 158.46 |  | AVOIR :  |        |  |
|  |                                      |             |            | RESTE DU:                            | 0.00                            |                       |        |  |          |        |  |
| DATE FACTURE :                                   | 03/01/2020                           | EDITEE LE : | 03/01/2020 | PAR:                                 | oulkhi                          | ACCIDENT DE TRAVAIL : |        |  |          |        |  |
| VISA   |                                      |             |            |                                      | N° DE POLICE :                  | DATE AT :             |        |  |          |        |  |
|  |                                      |             |            | Règlement à effectuer à l'ordre de : | POLYCLINIQUE C.N.S.S - AGADIR   |                       |        |  |          |        |  |
|  |                                      |             |            | BANQUE :                             | BMCE - AGADIR                   |                       |        |  |          |        |  |
|  |                                      |             |            | N° compte bancaire :                 | 011.010.0000.01.210.00.60686.03 |                       |        |  |          |        |  |

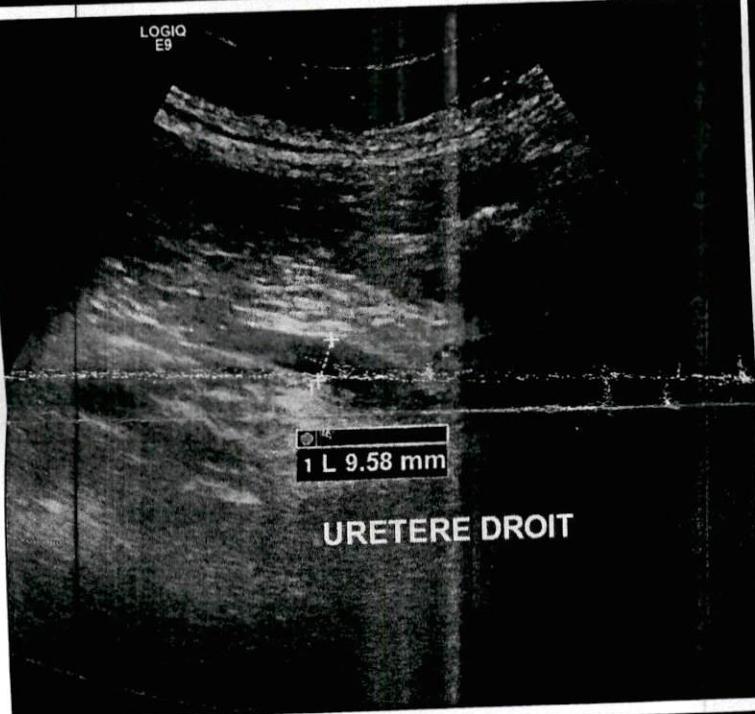


LOGIQ  
E9



1 L 116.04 mm

LOGIQ  
E9

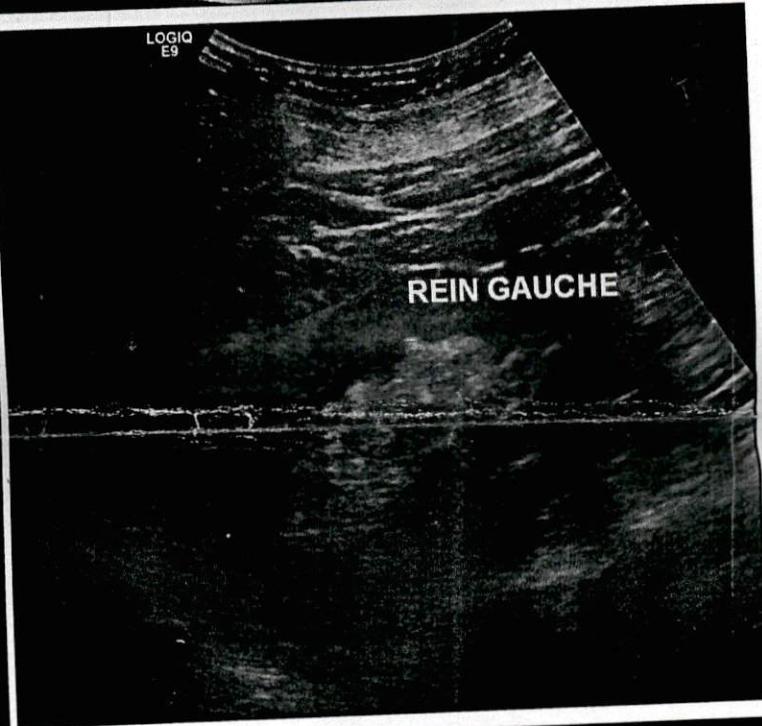


1 L 9.58 mm

URETERE DROIT

LOGIQ  
E9

REIN GAUCHE



LOGIQ  
E9



1 L 6.22 mm

LOGIQ  
E9

