

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.

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° W19-532545

65709

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 1165	Société : RAM		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SADDIQI Noureddine.
Nom & Prénom : SADDIQI Noureddine.		Date de naissance : 08.04.52	
Adresse : Al Qantara. Av. Mehdii Ben Barka Marrakech.		Tél. : 066 1376164 Total des frais engagés : 260 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 25/03/2021	
Nom et prénom du malade : SADDIQI Noureddine Age : 69	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : maladie ACCUEIL	
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 : Le : 04/03/21

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W19-532545
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 : 1165	Nom de l'adhérent(e) : SADDIQI Noureddine
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

RELEVE 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
04/03/2011	Cent	1	Dr. BANAKANTARA 55, Bd. Zerktouni MAXICLINIC-Faciale 2ème étage APT. 3 33000 MARSEILLE Tél. : 05 23 00 00 00	INP 1071037477

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05.03.21	Bélogeant	260 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	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																	
	<table border="0"> <tr> <td>H</td> <td></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		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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																		

Dr. BOUKANTAR - HAJOUANE Zakya

SPECIALISTE

O.R.L. (Oreilles - Nez - Gorge)

Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale (Tête, Face et Cou)

Diplômée de l'Université de BORDEAUX

55, Bd. Zerkouni Résidence TAIEB

Bâtiment A - 2^{ème} Étage Appt. n° 3

MARRAKECH

Tél. : B. 05 24 43 46 28

د. بوقنطار حجوان زكية

اختصاصية

في أمراض الأنف . الحنجرة . الأذن

وجراحة العنق . الفكين والوجه

خريجة جامعة بوزدرو

55، شارع الزرقطوني إقامة طيب

الطابق الثاني شقة رقم 3 - مراكش

الهاتف ع. 05 24 43 46 28

Marrakech, le

04/3/2021

Zizi Sainaa

TC K + TP
urée + créatinine
groupe 3

LABO GUELIZ
Dr. ABDERRAHMANE BOUKANTAR
105, Avenue Hassan II, 40000 Marrakech
Tél. : 05 24 43 30 33

Dr. BOUKANTAR-Hajouane Z.
O.R.L.
Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale
55 Bd. Zerkouni Résidence TAIEB Bât. A
2^{ème} étage Appart. 3 - MARRAKECH
Tél. : 05 24 43 46 28



مختبر التحاليل الطبية جليز LABO-GUELIZ D'ANALYSES MEDICALES

د. عبد الرزاق رزقي
Dr. Abderrazak RIZKI
Médecin Biologiste

BIOCHIMIE • HÉMATOLOGIE • BACTÉRIOLOGIE • VIROLOGIE • PARASITOLOGIE • MYCOLOGIE • IMMUNOLOGIE • SPERMIOLOGIE



Ancien Interné et Attaché aux Hôpitaux
de Barcelone et au CHU la Pitié salpêtrière
à Paris. DU en Management de la qualité

ICE : 001804301000086

IF : 20686354

Patente : 45102274

CNSS : 4928406

FACTURE N° : 210300179

MARRAKECH le 05-03-2021

MUT

Mme ZIZI Sanaa

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0111	Créatinine	B30	B
0135	Urée	B30	B
0229	Groupe ABO Rhésus	B60	B
0236	Taux de prothrombine	B40	B
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B

TOTAL DOSSIER : 260DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent soixante dirhams s.

Dr. ABDELLAZAK RIZKI
Tél: 0524 42 32 12



مختبر التحاليل الطبية جلiziZ

LABO-GUELIZ D'ANALYSES MEDICALES

د. عبد الرزاق رزقي
Dr. Abderrazak RIZKI
Médecin Biologiste

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE - SPERMIROLOGIE

URGENCES 24h/24 7J/7



Ancien Interne et Attaché aux Hôpitaux de Barcelone et au CHU la Pitié salpétrière à Paris. DU en Management de la Qualité DU en Biologie de la Reproduction

Code patient : 2002110085

Date du prélèvement : 05-03-2021 à 09:19

Édition : 05-03-2021

Mme ZIZI Sanaa

Né(e) le : 06-06-1964 (56 ans)

Dossier N° : 2103050032

Passeport N° :

Prescripteur : Dr ZAKYA BOUKANTAR
HAJOUANE



IMMUNO-HEMATOLOGIE

GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

(réalisé par deux personnes différentes, avec deux séries de réactifs et deux épreuves différentes: sérique et globulaire)

Groupe sanguin ABO

A

Rhésus (D)

Positif

HEMOSTASE (Automate: STA Satellite, STAGO)

Temps de Quick Témoin: 13.4 sec.

Temps de Quick Patient: 13.4 sec.

Taux de Prothrombine 100 % (70)

INR : 1.00

TCA Temps témoin 30.0 sec.

TCA Temps patient 36.2 sec.

Ratio TP/TT : 1.21 (<1.20)

BIOCHIMIE SANGUINE

(Automates: Cobas C311-Integra400plus-Roche Diagnostics Systems)

			04-02-2021
Urée (Dosage enzymatique)	0.38 g/L 6.3 mmol/L	(0.15-0.45) (2.5-7.5)	0.29 4.8

			04-02-2021
Créatinine (Dosage cinétique)	7.9 mg/L 69.9 µmol/L	(5.0-12.0) (44.3-106.2)	7.2 63.7

Validé par : Dr Abderrazak RIZKI