

# 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 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



## Declaration de Maladie

N° W19-532545

65709

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1765 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SADDIQI Nouredine

Date de naissance : 08.04.52

Adresse : Al Qantara Ar. Mehdi Ben Barka Marrakech

Tél. : 0661376164 Total des frais engagés : 260 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11 2 AVR. 2021

Nom et prénom du malade : Zizi Larida Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la 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 ADHERENT

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 : 1765

Nom de l'adhérent(e) : SADDIQI Nouredine

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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
04/03/21	Ortho			Dr. B. KANTAR

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

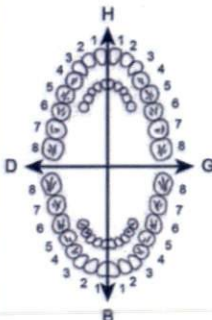
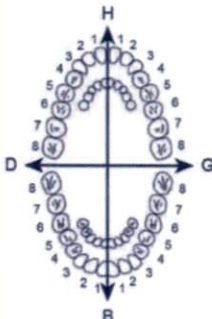
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



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. Zerktouni Résidence TAIEB

Bâtiment A - 2<sup>ème</sup> Étage Appt. n° 3

MARRAKECH

Tél. : B. 05 24 43 46 28

د. بوقنطار حوجوان زكية

اختصاصية

في أمراض الأنف - الحنجرة - الأذن

وجراحة العنق - الفكين والوجه

خريجة جامعة بوزو

55، شارع الزرقطوني إقامة طيب

الطابق الثاني شقة رقم 3 - مراكش

الهاتف ع. 05 24 43 46 28

Marrakech, le

04/3/2024

Zizi Sanaa

TC K + TP  
uie + ciatnins  
groupe 8

LABO GUELIZ  
Dr. ABDERRAZAK RIZKI  
107, Av. Abdelhak El-Mechaieq - Marrakech  
Tél. : 05 24 43 46 28

Dr. BOUKANTAR-Hajouane Z.  
O.R.L.  
Chirurgie Cervico-Maxillo-Faciale  
55, Bd. Zerktouni Résid. TAIEB Bat. A  
2ème étage Appt. 3 - MARRAKECH  
Tél. : 05 24 43 46 28





د. عبد الرزاق رزقي  
Dr. Abderrazak RIZKI  
Médecin Biologiste

# مختبر التحليلات الطبية جليز LABO GUELIZ D'ANALYSES MEDICALES

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



Ancien Interne 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.

LABO GUELIZ  
DR. ABDERRAZAK RIZKI  
192, AV. ABDELKADER  
TJ 05 24 45 33 22





# مختبر التحليلات الطبية جليز

## LABO GUELIZ D'ANALYSES MEDICALES

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



د. عبد الرزاق رزقي  
Dr. Abderrazak RIZKI  
Médecin Biologiste

**URGENCES 24h/24 7J/7**

Ancien Interne et Attaché aux Hôpitaux  
de Barcelone et au CHU la Pitié salpêtrière  
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

**Edition :** 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)

**Urée**

(Dosage enzymatique)

0.38 g/L  
6.3 mmol/L

(0.15-0.45)  
(2.5-7.5)

04-02-2021

0.29

4.8

**Créatinine**

( Dosage cinétique )

7.9 mg/L  
69.9 µmol/L

(5.0-12.0)  
(44.3-106.2)

04-02-2021

7.2

63.7

Validé par : Dr Abderrazak RIZKI