

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Educations :

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

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° M21- 0037576

☒ Maladie

☐ Dentaire

76529

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0750

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MR IBRAHIM MOHAMED

Date de naissance :

Adresse : 47 MUSTOPH EL MOUHALOUTI - Gauthier

CASA

Tél. : 0661241340

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR Benhouni
Vache au
l'feuille
Age: mca

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
	25/06/21	8.44.0	200,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

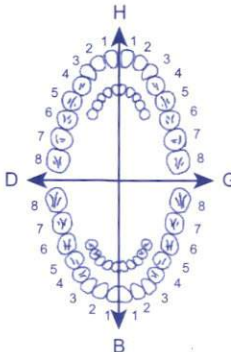
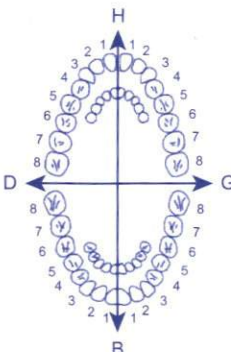
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				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="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUT

Professeur BENNANI Saâd

Chirurgien Urologue

Membre de l'European Association of Urology
et de l'Association Française d'Urologie



الدكتور بناني سعد

أستاذ جامعي

جراحة المسالك البولية والتناسلية

**عضو الجمعية الأوروبية والفرنسية
لجراحة المسالك البولية والتناسلية**

Casablanca, le : **24 JUIN 2021**

Mr IBRAHIMI Mohamed .

Faire :

ECBU + antibiogramme .

Professeur BENNANI Saâd
Chirurgien Urologue
42, Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél.: 0522 23 10 23 / 0522 23 10 73



مختبر التحليلات الطبية جليز
LABO GUELIZ D'ANALYSES MEDICALES

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



د. عبد الرزاق رزقي
Dr. Abderrazak RIZKI
Médecin Biologiste

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° : 210601217

MARRAKECH le 25-06-2021

Mr IBRAHIMI Mohamed

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Examen cyto bactériologique des urines	B140	B

TOTAL DOSSIER : 200DH

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

LABO GUELIZ
Dr. ABDERRAZAK RIZKI
182, Av. Abdelkrim El Khattabi - Marrakech
Tél : 05 24 42 30 32 Fax : 05 24 42 30 33



د. عبد الرزاق رزقي
Dr. Abderrazak RIZKI
Médecin Biologiste

مختبر التحليلات الطبية جليز

LABO GUELIZ D'ANALYSES MEDICALES

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



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

URGENCES 24h/24 7J/7

Code patient : 2106250501

Date du prélèvement : 25-06-2021 à 21:38

Edition : 28-06-2021

Mr IBRAHIMI Mohamed

Né(e) le : 04-04-1944 (77 ans)

Dossier N° : 2106250501

Passeport N° :

Prescripteur : Pr SAAD BENNANI



BACTERIOLOGIE

Examen cyto bactériologique des Urines (ECBU)

Recueil :

Au laboratoire.

Aspect :

Légèrement trouble

Recherche biochimique:

pH:	7.5	(5.0-6.5)
Glucose:	Négative	
Albumine:	Négative	
Nitrite	Négative	
Corps cétoniques	Négative	
Leucocytes :	12000/ml	(<10 000)
Hématies :	<1 000/ml	(<1 000)
Cellules épithéliales :	Nombreuses	
Cristaux:	Absence	
Cylindres :	Absence	
Eléments fongiques :	Absence	
Examen direct(GRAM) :	Présence de nombreux Cocci à Gram positif	

Examen bactériologique

Cultures :

POSITIVES à *Enterococcus* sp

Numération :

10⁶ UFC/ml

LABO GUELIZ
Dr. ABDERRAZAK RIZKI
Tél : 05 24 42 33 22 - 05 24 42 30 33
Fax : 05 24 42 30 33
E-mail : labogueliz18@gmail.com
Site web : www.labogueliz.com

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Page 1 / 2

182- Rés ZAITOUNA - Av. Abdelkrim El Khattabi - Guéliz - 40000 Marrakech

Tél : 05 24 42 33 22 / 05 24 20 70 00 - Fax : 05 24 42 30 33 - E-mail : labogueliz18@gmail.com - Site web : www.labogueliz.com



د. عبد الرزاق رزقي
Dr. Abderrazak RIZKI
Médecin Biologiste

مختبر التحليلات الطبية جليز

LABO GUELIZ D'ANALYSES MEDICALES

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



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

URGENCES 24h/24 7J/7

2106250501 - Mr IBRAHIMI Mohamed

ANTIBIOGRAMMES

Antibiotique	Interprétation
Ampicilline	Sensible
Imipénème	Sensible
Gentamicine	Sensible
Ciprofloxacine	Sensible
Acide nalidixique	RESISTANT
Erythromycine	RESISTANT
Linézolide	Sensible
Teicoplanine	Sensible
Vancomycine	Sensible
Fosfomycine	Sensible
Nitrofurantoïne	Sensible
Chloramphénicol	Sensible
Rifampicine	Sensible
Triméthoprim/sulfaméthoxazole	Sensible
Commentaire :	NB: Les souches du genre Enterococcus présentent des résistances naturelles aux céphalosporines.

Validé par : Dr Abderrazak RIZKI

LABO GUELIZ
Dr. ABDERRAZAK RIZKI
182, Av. Abdelkrim El Khattabi - Marrakech
Tél : 05 24 42 33 22 - 05 24 20 70 00

Prélèvement à domicile sur rendez-vous