

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



Déclaration de Maladie

N° W21-726995

127401

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9405 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENZANAD OTHMANE

Date de naissance : 22.01.1971

Adresse : N°18, Rte NADIR, QUARTIER EL WIAM EL OULFA

Tél. : 0661236383 Total des frais engagés : 1120,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Rachid AGHAI
Médecin Néphrologue
Rue d'Oujda - Q.I. - AGADIR
Tél. : 05 28 38 33 39 - Fax : 05 28 84 36 92

Date de consultation : 22/08/2022

Nom et prénom du malade : BENZANAD OTHMANE Age : 51

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

Nature de la maladie : Consultation de check-up

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 : CASA Le : 29/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

MUPRAS
29 AOÛT 2022
ACCUEIL
HAKANI

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
22/8/22	Cr		G	Dr. Rachid AGHAI Médecin Néphrologue Rue d'Alger 01-AGADIR Tél: 05 28 84 35 99 - Fax: 05 28 84 35 92

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
LABORATOIRE DR. HANOU Tél: 05 28 84 35 99 - Fax: 05 28 84 35 92			1129,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

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 <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	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
G	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
	[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. Rachid AGHAI

Spécialiste en Néphrologie
Dialyse - Transplantation Rénale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ancien Interne du CHU d'Amiens - France
Diplôme d'épuration extrarénale d'Amiens - France



DAR RAZINE
CENTRE DE MALADIES
RÉNALES ET DIALYSE

الدكتور رشيد أغاي

طبيب مختص في أمراض الكلى
تصفية الدم - زرع الكلية

خريج كلية الطب بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابق بمستشفى أميان* بفرنسا
شهادة في تقنيات التصفية بأميان - فرنسا

أكادير، في 22/08/2022

M^r - BENZNAD OTHMANE

- NFS + Pq
- CRP
- med, Creatinine, Acide urique
- G, pH
- Chol. total, Chol. LDL, Chol HDL
- Triglycérides
- PSA
- ECBU avec éventuel ATB gramme
- Protéinurie de 24 Heu

LABORATOIRE DR. HARGUIL
الدكتور رشيد أغاي
Avenue Kennedy 80000 - AGADIR
Tél: 05 28 84 80 03 - Fax: 05 28 84 15 60

secrétariat
BENZNAD OTHMANE
Bénéf/ Assuré
BENZNAD OTHMANE
é(e) 22/01/1971 Sexe M
240822 075

1
2
3



091031641

Dr. Rachid AGHAI
Médecin Néphrologue
124, Rue d'Oujda, Q.I. - AGADIR
Tél: 05 28 38 39 39 • Fax: 05 28 84 35 82 • E-mail: centredarrazine@gmail.com

INP : 091031641

124, Rue d'Oujda, Q.I. (Boutchakate) - Agadir
124, زنفة وجدة، الحي الصناعي (بوتشكاتة) - آݣادير
Tél: 05 28 38 39 39 • Fax: 05 28 84 35 82 • E-mail: centredarrazine@gmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES HARGUIL

Avenue Kennedy-Talborjt AGADIR TEL:0528-84-80-03 FAX:0528-84-15-60

001628874000008 I.F:75902170 PAT:48316551 CNSS:1761411 INP:043000470

SITE:www.laboratoire-harguil.com



043000470

FACTURE N° : 2212038

AGADIR, le : 24/08/2022

Nom et Prénom ... : OTHMANE BENZNAD

Prescripteur : Dr. AGHAI RACHID

Mutuelle/Assurance. :

facturé à..... :

ICE:

Bilan :

NF	B 80	+	CRP	B 100	+	G	B 30	+
HBG	B 100	+	US	B 30	+	CRS	B 30	+
AUS	B 30	+	CAS	B 30	+	PS	B 40	+
CT	B 30	+	TG	B 60	+	HDL	B 50	+
LDL	B 50	+	PSA	B 300	+	A24	B 30	+
CBU	B 137	+						

Montant Net :1120,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Mille cent vingt Dh et zéro ct

La direction:

مختبر الدكتور حركيل
LABORATOIRE Dr. HARGUIL
Avenue Kennedy 80000 - AGADIR
Tél: 05 28 84 80 03 - Fax: 05 28 84 15 60

IMMUNOLOGIE

Antécédents

ANTIGENE PROSTATIQUE (PSA)

0,57 ng/ml (VR : < 4.00)

12/12/15 : 0,66

(Abbott Architect CI4100 CMA)

Recommandations pour la pratique clinique.HAS(France),2004

CHIMIE URINAIRE

Antécédents

PROTEINURIE..... 0,00 g/l

16/05/22 : 0.00

0,00 g/24H (VR : < 0.08)

16/05/22 : 0.00

(Abbott Architect CI4100 Chloride de Benzéthonium)

DIURESE DES 24 HEURES 2 800 ml

Résultats validés par Dr.Sherazade LAKHDAR-GHAZAL, Biologiste

DR. S. LAKHDAR GHAZAL
BIOLOGISTE MÉDICAL
LABORATOIRE HARGUIL
Avenue Kennedy - Agadir
Tel: 0528 84 8182 Fax: 0528 84 15 60

PHOSPHORE..... 33 mg/l (VR : 23 - 47) 22/06/20 : 21
Abbott Architect 214... Phosphorimetry 1,06 mmol/l

CHOLESTEROL..... 1,84 g/l 22/06/20 : 2.13 (*)
Abbott Architect 214... Enzymatique 4,75 mmol/l

Recommandations Programme American NCEP(adultes)et American Academy Pediatrics(enfants):

	Enfants	Adultes
Taux souhaitable :	< 1.70 g/l	< 2.00 g/l
Taux limite :	1.70 - 1.99 g/l	2.00 - 2.39 g/l
Taux élevé :	> ou = 2.00 g/l	> ou = 2.40 g/l

TRIGLYCERIDES..... 0,91 g/l 22/06/20 : 1.99 (*)
Abbott Architect 214... enzymatique 1,03 mmol/l

Recommandations pour les adultes du rapport ATPIII du programme american NCEP :

Taux souhaitable :	< 1.50 g/l
Taux limite :	1.50 - 1.99 g/l
Taux élevé :	2.00 - 4.99 g/l
Taux très élevé :	> ou = 5.00 g/l

CHOLESTEROL HDL..... 0,54 g/l 22/06/20 : 0.48
Abbott Architect 214... Dépendant de l'âge 1,39 mmol/l

Recommandations pour les adultes du rapport ATPIII du programme american NCEP :

Facteur de risque majeur pour cardiopathies : < 0.40 g/l
 Facteur de risque négatif pour cardiopathies : > ou = 0.60 g/l

Rapport Chol./HDL... 3,41 (VR : < 5.00)

CHOLESTEROL LDL..... 1,12 g/l (VR : < 1.00) 22/06/20 : 1.25
 2,89 mmol/l

COMMENTAIRES :

Valeurs normales en l'absence de facteur de risque associé
 (Age, antécédents familiaux, tabac, hypertension artérielle, diabète type II)

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES :

Si un facteur de risque	LDL < 1.90 g/l
Si 2 facteurs de risque	LDL < 1.60 g/l
Si plus de 3 facteurs de risque	LDL < 1.30 g/l

Ces résultats sont à replacer dans leur contexte clinique
 et doivent être soumis à votre médecin traitant.

Résultats validés par Dr.Sherazade LAKHDAR-GHAZAL, Biologiste

DR. S. LAKHDAR GHAZAL
 BIOLOGISTE MEDICAL
 LABORATOIRE HARGUJL
 Av. Kennedy - Agadir
 Tel: 0528 84 80 03 Fax: 0528 84 15 60

B A C T E R I O L O G I E

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Urines recueillies au laboratoire

CARACTERES GENERAUX

Couleur jaune pale.

Aspect clair.

Absence de dépôt.

pH: 8,00

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes : Inf. à 10.000/ml

Hématies : Inf. à 10.000/ml

Rares cellules épithéliales.

Absence de cristaux.

Absence de cylindres

Absence de germes

CULTURES SUR MILIEUX USUELS ET SPECIFIQUES

Absence de développement microbien.

Résultats validés par Dr.Sherazade LAKHDAR-GHAZAL, Biologiste

DR. S. LAKHDAR GHAZAL
BIOLOGISTE MEDICAL
LABORATOIRE HARGUIL
Avenue Kennedy - Agadir
Tel: 0528 84 80 03 Fax: 0528 84 15 50