

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19-0025454

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 503 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SEBTI ABDESLAM
 Date de naissance : 15/08/46
 Adresse : RUE SOCRATE RESIDENCE "ESPACE SOCRATE"
 PORTE D'ETASE 1, APPT 2000, CASABLANCA
 Tél. : 05 22 23 62 06 Total des frais engagés : 306,50 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. BENCHAKROUNE Nezha
 Néphrologue
 Centre du Rein Mohamed Youssef
 INPE : 0910 1690

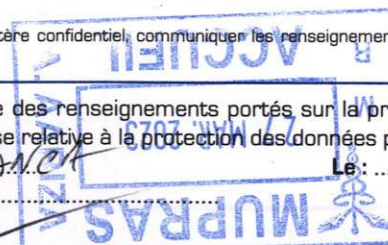
Date de consultation :/...../.....
 Nom et prénom du malade : Dr. Sebti Abdelham Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : IR - Anurie.
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASABLANCA Le : 30/03/23

Signature de l'adhérent(e) :




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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 20/03/23 | C.S. | | #300,000 DA | DR. BENCHAKROUNE Ncz' 1 Néphrologue Centre du Rein Monday You. if IMPE : 091031690 |
| | Echo | | #440,000 DA | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 22/03/23 | B1000 H1000 | 1365,000 DA |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

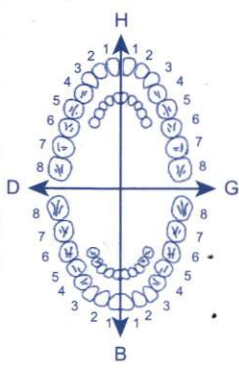
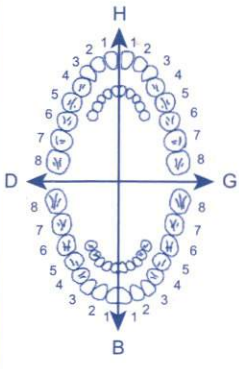
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| |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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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 colspan="2">H</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 colspan="2">B</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 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [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'EXECUTION

CENTRE DU REIN

Moulay Youssef

Dr Nezha BENCHAKROUNE
Néphrologue



مركز الكلي

مولاي يوسف

الدكتورة نزهة بنشكرون
اختصاصية في أمراض الكلي وتنقية الدم

Le 20/3/13.

M^r Selmi Hamed

Creatinine

PTHintake 1 - 84.

25 OH D3 Ph, Dg.

ETBU.

Rés. Masurel, Rue Socrate, Immeuble C N°4 - 20 000 Casablanca
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 08
Email: labo.socrate@mendram.ma
LABO SOCRATE
Laboratoire de biologie médicale Socrate

DR. BENCHAKROUNE Nezha
Néphrologue
Centre du Rein Moulay Youssef
INPE : 091031690

606, RDC, Bd Moulay Youssef Casablanca - Maroc

Tél : +212 5 22 22 51 89 / +212 6 08 08 80 88 / Fax : +212 5 22 29 51 89

E.mail : contact@centrerein.com - site : www.centrerein.com

CENTRE DU REIN

Moulay Youssef

Dr Nezha BENCHAKROUNE
Néphrologue



مركز الكلى

مولاي يوسف

الدكتورة نزهة بنشقرن
اختصاصية في أمراض الكلى وتنقية الدم

Le 20/03/2023

FACTURE N :FC2303.070

MR SEBTI ABDESLAM

Est bénéficiaire :

-Consultation a 300 DHS

-ECHO a 400 DHS

TOTAL : 700 .00 DHS

Arrêtée la présente facture à la somme de **SEPT CENT**
DIRHAMS

DR. BENCHAKROUNE Nezha
Néphrologue
Centre du Rein Moulay Youssef
INPE : 091031690

606, RDC, Bd Moulay Youssef Casablanca - Maroc

Tél : +212 5 22 22 51 89 / +212 6 08 08 80 88 / Fax : +212 5 22 29 51 89

E.mail : contact@centrerein.com - site : www.centrerein.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel ,Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 –
CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6478417
BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA
IF 44409091 ICE 000114556000027

INPE 0093001964



Dr. Abdellatif LOUDGHIRI
Pharmacien Biologiste
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie
Mycologie - Parasitologie – Virologie

FACTURE N° : 230001337

CASABLANCA le 22-03-2023

Mr Abdeslam SEBTI

Demande N° 230322A007

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 22-03-2023

Analyses :

| Récapitulatif des analyses | | | | |
|----------------------------|---------------------------------|------|-----|------------------------|
| CN | Analyse | Clé | Clé | Total |
| PS | Prélèvement sang | E25 | E | 25.00 MAD |
| 0111 | Créatinine | B30 | B | 40.20 MAD |
| 0126 | Magnésium plasmatique | B60 | B | 80.40 MAD |
| 0129 | Phosphore minéral | B40 | B | 53.60 MAD |
| | Examen cyto bactério des urines | B120 | B | 160.80 MAD |
| | PTH | B300 | B | 402.00 MAD |
| | Vitamine D 25-OH (D2+D3) | B450 | B | 603.00 MAD |
| Total | | | | 1365.00 MAD |

Total des B : 1000

TOTAL DOSSIER : 1365.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille trois cent soixante-cinq dirhams

Rés. Masurel, Rue Socrate, Imm C N°4 - 20 000 Casablanca
Tél: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 05 - Fax: 0522 25 85 08
Email: labo.socrate@mepara.ma
LABO SOCRATE



CASABLANCA, LE 20/03/2023

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE RENALE

NOM: MR SEBTI ABDESLAM

Rein droit :

Situation : normale

Contours : réguliers

Taille : axe longitudinal : 114 mm

Echostructure : légèrement hyperéchogène

Différenciation corticomédullaire : bonne

Pas d'image de lithiase, pas d'hypotonie calicelle, pas de dilatation des cavités excrétrices et pas de masse focale.

Rein gauche :

Situation : normale

Contours : réguliers

Taille : axe longitudinal : 115 mm

Echostructure : échogène

Différenciation corticomédullaire : assez bonne

Pas d'image de lithiase, pas d'hypotonie calicelle, pas de dilatation des cavités excrétrices et pas de masse focale.

Conclusion : Echographie montrant des reins d'aspect compatibles avec une insuffisance rénale.

DR. BENCHAKROUNE Nezha
Néphrologue
Centre du Rein Moulay Youssef
INPE: 091031690

Code Patient : 141104A017
Date de l'examen : 22-03-2023

Saisie le 22-03-2023 09:18

Mr Abdeslam SEBTI
Réf : 230322A007
Prescription : Dr nezha benchakroun

(**) :

BIOCHIMIE SANGUINE

Magnésium plasmatique
(Dosage colorimétrique)

24 mg/l (16-26)
0.98 mmol/l (0.66-1.07)

Créatinine jaffé
(Dosage cinétique)

14.2 mg/L (6.0-12.0)
125.7 µmol/L (53.1-106.2)

04-03-2023
16.2

Phosphore
(Dosage colorimétrique)

40 mg/l (25-77)
1 mmol/l (1-2)

25-OH-Vitamine D (D2+D3)
(Dosage ELISA sur ELECSYS 2010 Roche)

23.9 ng/ml (30.0-80.0)
59.8 nmol/l (75.0-200.0)

10-04-2018
20.6

BILAN ENDOCRINIEN

Parathormone intacte ⁽¹⁾
(Immunoenzymatique ELFA sur VIDAS 3)

28 pg/mL (9-45)

230322A007 – Mr Abdeslam SEBTI
Date de l'examen : 22-03-2023

EXAMEN CYTOLOGIQUE

| | | | |
|-----------------|--------------|------------|---------|
| Leucocytes : | 400 000 /ml | (0-10 000) | <10 000 |
| Hématies : | 100 000 / ml | (0-1 000) | <1 000 |
| Cylindres : | Absence | | |
| cristaux: | Absence | | |
| TRICHOMONAS | Absence | | |
| Levure | Absence | | |
| Examen direct : | NEGATIF | | |

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Cultures sur milieu selectifs : Cultures stériles

(1) Labo. exécutant : UNITE DE BIOLOGIE SPECIALISEE – ()

Dossier validé biologiquement par : Docteur Abdellatif LOUDGHIRI