

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
 O Prise en charge : pec@mupras.com
 O 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 à caractère personnel.

N° W21-813401

171073

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 996

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Hania fatin

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

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) :

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
10/05/2022	CS	#300 DHS		
				INP : 0910B1690
				M. BENCHAKHOUNE Nezha Néurologue Centre du Dr Moulay Youss.

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 ZIZ D'ANALYSES MEDICALES avenue du Phar Résidence KENZA N° 3, Racine Extension Bourgogne T : 05 22 36 87 49/54 - Casablanca	02/09/23	B 630	870 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																						
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
<hr/>																						
D	G																					
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
<hr/>																						
B																						
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

CENTRE DU REIN

Moulay Youssef

Dr Nezha BENCHAKROUNE

Néphrologue



مركز الكلى

مولاي يوسف

الدكتورة نزهة بنشررون

اختصاصية في أمراض الكلى وتصفية الدم

Le 25/04/2023

Mme Houti Fatima

- Protinurie de 24
- Procalcitonine
- ECBU

DR. BENCHAKROUNE Nezha

~~Néphrologue~~

Centre du Rein Moulay Youssef

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MÉDICALES

Avenue du Phare Résidence KENZ
N°5 Racine Extension Bourgogne
Tel: 0522 36 87 49/54 - Casablanca

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 ZIZI D'ANALYSES MEDICALES

5,Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ

Racine extension Bourgogne -Casablanca.

Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754

N° de patente : 33104766 ICE : 00168 1325 000031 INPE : 097159503

IF : 41404766

FACTURE N° : 2308020050

Casablanca le 02-08-2023

Prescripteur : Dr NEZHA BENCHAKROUN

Mme HOUTI Fatima

Demande N° 2308020050

Date de l'examen : 02-08-2023

Correspondant :

Analyses :

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
	Examen cytobactériologique des urines	B150	B
0177	Protéine (dosage)	B30	B
	PROCALCITONINE	B450	B

Total des B : 630

TOTAL DOSSIER : 870 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : huit cent soixante-dix dirham s

*LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MEDICALES
Avenue du Phar-Résidence KENZ
N°5, Racine Extension Bourgogne
Tél:05 22 36 87 64 - Casablanca*

Docteur ZIZI Abdelhafid

Diplôme de la Faculté Paris V
 Spécialiste en Bacterio - Viologie
 Biochimie - Hematologie - Immunologie
 Parasito - Mycologie

2308020050 – Mme HOUTI Fatima

EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES**EXAMEN MACROSCOPIQUE**

Aspect :	Clair
----------	-------

EXAMEN CHIMIQUE

Albumine:	Négatif
Sucre:	Négatif
Corps cétoniques:	Négatif
Sang:	Négatif

13-04-2021

pH:	5.0	(5.0–7.0)	5.0
-----	-----	-----------	-----

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes :	6 /mm ³	(<10)	53
Hématies :	5 /mm ³	(<10)	6
Cellules Epithéliales :	Quelques		
Cristaux :	Absence		
Cylindres :	Absence		

CULTURE ET IDENTIFICATION

Examen direct – Coloration Gram :	R.A.S
Numération des germes :	0
Culture :	Absence de germes pathogènes

Validé par : Dr. ABDELHAFID ZIZI

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
 MÉDICALES
 Avenue du Phare Résidence KENZ
 N°5 Racine Extension Bourgogne
 Tél: 0522 36 87 49/54 - Casablanca



Docteur ZIZI Abdelhafid

Diplôme de la Faculté Paris V

Spécialiste en Bactériologie - Virologie

Biochimie - Hématologie - Immunologie

Parasito - Mycologie

Date du prélèvement : 02-08-2023 à 11:50

Code patient : 1908070008

Né(e) le : 01-01-1940 (83 ans)

Mme HOUTI Fatima

Dossier N° : 2308020050

Prescripteur : Dr BENCHAKROUN NEZHA



AUTO-IMMUNITE

PROCALCITONINE :
(Tech VEDA-LAB)

0.04 ng/ml

(<0.04)

Valeurs de références

PCT<0.04 ng/ml : Absence de réponse inflammatoire systémique.

0.04 < PCT < 0.5 ng/ml : Réponse inflammatoire mineure ou peu significative.

0.5 < PCT < 2 ng/ml : SIRS, Poly traumatisme, Brûlures.

PCT > 2 ng/ml : Infections bactériennes, septicémies.

PCT > 10 ng/ml : Infections bactériennes graves, septicémies.

BIOCHIMIE URINAIRE

Protéinurie des 24h
volume :

0.02 g/24h
1.75 l/24h

(<0.15)

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MÉDICALES
Avenue du Roi Hassan Résidence KENZ
N°5 Racine Extension Bourgogne
Tél: 0522 36 87 49 / 54 - Casablanca