

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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-813401

171073

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 996 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Houthi Fatima

Nom & Prénom :

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 :

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
09/07/20	CS	#300	630	INP : 091031690 Dr. BENCHAKROUNE Nezhir Néphrologue Centre du Rein Moulay Youssef

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 ZITI D'ANALYSES MEDICALES Avenue du Phar Résidence KENZ Racine Extension Bourgogne T 05 22 36 87 49/54 - Casablanca	02/07/23	B 630	870 dh

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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canauxaires, 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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

CENTRE DU REIN

Moulay Youssef



مركز الكلى

مولاي يوسف

Dr Nezha BENCHAKROUNE
Néphrologue

الدكتورة نزهة بنشقرون
اختصاصية في أمراض الكلى وتصفية الدم

Le 25/07/2023

Mme Houti Fatima

- Protéinurie 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

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
	Examen cyto bactériologique 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 49 - Casablanca

**Docteur ZIZI Abdelhafid**

Diplôme de la Faculté Paris V

Spécialiste en Bactério - 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 /mm³ (<10) 53
Hématies : 5 /mm³ (<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 Bactério - Viologie

Biochimie - Hematologie - 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 (<0.15)
1.75 l/24h

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