

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3440 C01 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre:

décédé

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Total des frais engagés :

2 680.00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr. DEMBRI Khaled**  
Endocrinologue Diabetologie et Nutrition  
9, Rue Al Kadi Juss - Casablanca  
05 22 23 42 15 - Fax : 05 22 23 42 15

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



## 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
11/12/23	ce	300 ✓		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
22/09/2013	22/09/2013	100000000

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/12/23	Ec. legr. ph. 4m.	4 m.
	12/12/23	Assessante + fil. ph. 4m. B. 1120 + pc 34	4 m. 870,- 1530,00

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

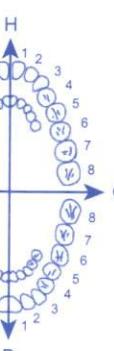
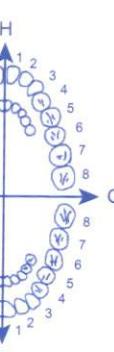
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000		35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
	35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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 DEMBRI KHALED Casa

Spécialiste en endocrinologie

Diabétologie et nutrition

9. Rue Kadi Iass Maârif. Casa

Tél: 0522233791 / Fax: 0522234215

GSM : 0661633250

Adresse : 9. Rue Kadi Iass 2<sup>ème</sup> étage à côté de

Mac Donald's Casablanca

Kdembri@hotmail.com

11-12-2023  
Dr. DEMBRI Khaled  
Endocrinologie - Diabétologie et Nutrition  
9. Rue Al Kadi Iass - Casablanca  
Tél : 05 22 23 37 91 - Fax : 05 22 23 42 15

Nom : Eddoublali Sefiani

Prénom : Bouchra

Indication : Goitre nodulaire + Calcul VB

**Faire svp :** HBA1C + Ac urique + Gàj et PP +  
HBA1C + NFS + CRP + TSHus + Ac AntiTPO  
+ NFS + Ferritine

Dr. DEMBRI Khaled  
Endocrinologie - Diabétologie et Nutrition  
9. Rue Al Kadi Iass - Casablanca  
Tél : 05 22 23 37 91 - LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES  
MÉDICALES  
Avenue du Phar Résidence KENZ  
N°5, Racine Extension Bourgogne  
Tél : 05 22 38 87 49/54 - Casablanca

**Nb :** Il est strictement interdit de faire une consultation ou de lire un bilan sur whatsapp ou sur mail

Dr. DEMBRI Khaled  
Endocrinologie - Diabétologie et Nutrition  
9. Rue Al Kadi Iass - Casablanca  
Tél : 05 22 23 37 91 - Fax : 05 22 23 42 15

**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° : 231200070**

CASABLANCA le 12-12-2023

Mme EDDOUBLALI ÉP SEFIANE 545949923 Bouchra

Prescripteur : DEMBRI

Analyses effectuées le 12-12-2023

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
	Anticorps Anti-Thyropéroxidase	B250	B
0100	Acide urique	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0154	Ferritine	B250	B
0163	TSH	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
0370	CRP	B100	B

Total des B : 1120

TOTAL DOSSIER : 1530.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille cinq cent trente dirham s.

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES  
MEDICALES  
Avenue du Phare Résidence KENZ  
N°5, Racine Extension Bourgogne  
Tél: 05 22 36 87 49 - 05 22 36 87 54 - Casablanca

**Docteur ZIZI Abdelhafid**

Diplôme de la Faculté Paris V2312120017 – Mme EDDOUBLALI ÉP SEFIANE 545949923 Bouchra

Spécialiste en Bacterio - Viologie

Biochimie - Hematologie - Immunologie

Parasito - Mycologie

**BIOCHIMIE SANGUINE** (Hitachi 911)

27-09-2021

Protéine C-réactive (CRP) 2.0 mg/L (&lt;6.0) 4.5

02-03-2021

Férritine 82.47 ng/ml (13.00–400.00) 66.14  
(Tech : Cobas)

24-02-2021

Glycémie à jeun 1.09 g/L (0.70–1.10) 1.08

Glycémie Post-prandiale 0.81 g/l (&lt;1.40)

22-03-2023

Hémoglobine glyquée (HbA1c) 5.80 % (4.50–7.00) 5.90

**Interprétation :**

(Diabète stable &lt; 7 %)

(Diabète instable &gt; 8 %)

(Niveau non diabétique &lt;6%)

23-03-2023

Acide urique 35.80 mg/L (23.00–61.00) 38.00

**HORMONOLOGIE** (Cobas e411)

26-05-2023

Thyréostimuline (TSH) 2.24 µUI/mL (0.27–4.20) 7.54  
(Tech: cobas)

02-03-2021

Ac Anti-thyroperoxydase (Ac TPO)  
(Tech: Cobas) 10.64 UI/ml (<34.00) 9.66

Validé par : Dr. ABDELHAFID ZIZI

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES  
MÉDICALES  
1 Avenue du Phare Résidence KENZ.  
Racine Extension Bourgogne  
Casablanca  
Tél. : 05 22 36 87 49 / 54 - Fax : 05 22 36 87 54 - Patente N° : 33104766 - I.F / 41404766 - ICE : 001681325000031 - INP : 097159503

**Docteur ZIZI Abdelhafid**

Diplôme de la Faculté Paris V

Spécialiste en Bacterio - Viologie

Biochimie - Hematologie - Immunologie

Parasito - Mycologie

**Date du prélèvement :** 12-12-2023 à 09:27**Code patient :** 2102240012**Né(e) le :** 11-07-1966 (57 ans)**Mme EDDOUBLALI ÉP SEFIANE****545949923 Bouchra**

Dossier N° : 2312120017

Prescripteur : Dr DEMBRI KHALED

**HEMATOLOGIE****HEMOGRAMME**

				26-05-2023
Hématies	4.56	M/mm3	(4.00–5.50)	4.52
Hémoglobine	14.40	g/100ml	(12.00–16.00)	14.30
Hématocrite	41.20	%	(35.00–47.00)	39.80
VGM	90.35	μ3	(83.00–95.00)	88.05
TCMH	31.58	pg	(27.00–33.00)	31.64
CCMH	34.95	g/100ml	(32.00–36.00)	35.93
<b>Leucocytes</b>	<b>5 630</b>	/mm3	(4 000–10 000)	<b>6 470</b>
			<b>26-05-2023</b>	
Polynucléaires	2 365	/mm <sup>3</sup>	soit	42 % (50–75) 44
Neutrophiles	113	/mm <sup>3</sup>	soit	2 % (1–3) 3
Polynucléaires	56	/mm <sup>3</sup>	soit	1 % (0–1) 0
Eosinophiles				
Basophiles				
Lymphocytes	2 702	/mm <sup>3</sup>	soit	48 % (20–36) 46
Monocytes	394	/mm <sup>3</sup>	soit	7 % (3–7) 7
Total			100 %	100
<b>Plaquettes</b>	<b>236 000</b>	/mm3	(150 000–400 000)	<b>241 000</b>

Laboratoire ZIZI D'ANALYSES  
Avenue du Docteur Rachid Extension Bourguiba  
N°5 Rachid Extension Bourguiba  
Tel. 0522 36 87 49/54 - Casablanca