

# 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 soit à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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 des données à caractère personnel.

MUPRAS :Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-804505

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	2322	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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) :	



<b>VOLET ADHÉRENT</b>	
Déclaration de maladie	N° W21-804505
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

### 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

- 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° W21-764087

Par courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>3322</u>	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>AAZI Z. AHMED</u>
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
<u>ABDELLAH SFROU</u>		<u>19-9-52</u>	
Adresse :			
<u>RUE-SFROU-ME-Jaff-TANGER</u>			
Tél. : <u>05 22 43 07 49</u>	Total des frais engagés :		
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
<u>Azziz Ahmed</u> Age: <u>53</u>			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
<u>Spondy Patho I.P.J.</u>			
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 : / /

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W21-764087	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : <u>2322</u>	
Nom de l'adhérent(e) : <u>AAZI Z. AHMED</u>	
Total des frais engagés : <u>1410</u>	
Date de dépôt : <u>23-5-13</u>	

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin D'attestant le Paiement des Actes
12/05/23				

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMAGIE RAIHANI RAIHANI KARAI Rue Alphonse Daudet 100797	12.05.2023	719,00

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACEUTIQUE Nouvelles Eléphantines Tél. 05 39 93 70 21 - Fax 05 39 93 70 22	16.2.2003	3340	113200

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### VIOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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"/>											
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>											
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>											
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>											
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>											
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <b>H</b> <table border="1"> <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>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <b>G</b> <b>B</b> <b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
25533412	21433552														
00000000	00000000														
<hr/>															
00000000	00000000														
35533411	11433553														
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>											
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>											
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>											



BULLETIN DE CONSULTATION N°: 08250

N° d'ordre : .....

Date : /12/05/23/ Heure de consultation: / / /

N° : .....

Médecin : .....

Nom et Prénom du malade : .....

Diagnostic : .....

Adressé par : .....

Traitemen<sup>t</sup> : .....

Fais SUP.

-WFS VS CRP

M.E

Urie Crème

ASAT-ACAT

Signé:



مستشفى بدون ندخين  
HÔPITAL SANS TABAC

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES IBERIA

## 2, Place koweit IBERIA Tanger

### Dr. Nouredine EL FOUNINI

Pharmacien biologiste Diplômé de la faculté de Médecine Pharmacie D'Angers France. Biologie de la reproduction

DES. Bactériologie - Virologie, Biochimie, Hématologie, Immunologie, Parasitologie - Mycologie.

MSBM. Cytogénétique, Génétique fondamentale, Immunologie - Immunopathologie

Cours de Mycologie Médicale de l'institut Pasteur(Paris)

Certificat du cours de reproduction humaine(SMFC - AZVUB)

DIU de formation pratique en biologie de la reproduction(Paris)

**Mr AAZIZ AHMED**

**Dr NOEMA EL MANSOURI**

Réf. : 23E58E

Ouvert le: 16/05/23 Prélèvement effectué à 11:43

Edition du : 16/05/23

Page : 1/2

#### Compte Rendu d'Analyses

#### HEMATOLOGIE (Pentra XLR+ , 80 XL)

Numération formule			Normales (Homme Adulte)
Globules rouges ----- :	3,59 *	M/mm <sup>3</sup>	4,2 - 5,7
Hémoglobine ----- :	10,9 *	g/100 ml	13 - 17
Hématocrite ----- :	33,0 *	%	40 - 52
- V.G.M. ----- :	92,0	μ <sup>3</sup>	80 - 95
- T.C.M.H. ----- :	30,5	pg	27 - 32
- C.C.M.H. ----- :	33,1	g/100 ml	32 - 36
Globules blancs ----- :	6 200	/mm <sup>3</sup>	4000 - 10000
Formule leucocytaire			
Polynucléaires Neutrophiles ----- :	58,2	%	40 - 75
Soit :	3 608	/mm <sup>3</sup>	2000 - 7500
Polynucléaires Eosinophiles ----- :	5,0	%	
Soit :	310	/mm <sup>3</sup>	100 - 400
Polynucléaires Basophiles ----- :	0,2	%	< 100
Soit :	12	/mm <sup>3</sup>	
Lymphocytes ----- :	31,2	%	20 - 45
Soit :	1 934	/mm <sup>3</sup>	1500 - 4000
Monocytes ----- :	5,4	%	
Soit :	335	/mm <sup>3</sup>	200 - 1000
PLAQUETTES			
Résultat ----- :	312 000	/mm <sup>3</sup>	150000 - 400000

#### HEMATOLOGIE

#### VITESSE DE SEDIMENTATION

1 <sup>ère</sup> heure ----- :	55 *	mm
2 <sup>ème</sup> heure ----- :	101 *	mm

#### BIOCHIMIE

Urée (Methode enzymatique)----- :	0,42	g/l	0,15 - 0,5
Soit :	7	mmol/l	2,5 - 8,33



**T S V**  
Merci

Impression recto- verso, écologique

Pour mieux vous servir, Merci de bien vouloir retenir votre numéro de référence.

2 Place koweit, 90000 -TANGER-

Tél: 0539 937 021 Fax: 0539 936 838 GSM: 0668 353 257/0661 193 829 E-mail: elfounini\_noureddine@hotmail.com

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES IBERIA

2, Place koweit IBERIA Tanger

Dr. Noureddine EL FOUNINI

Pharmacien biologiste Diplômé de la faculté de Médecine Pharmacie D'Angers France. Biologie de la reproduction

DES. Bactériologie - Virologie, Biochimie, Hématologie, Immunologie, Parasitologie - Mycologie.

MSBM. Cytogénétique, Génétique fondamentale, Immunologie - Immunopathologie

Cours de Mycologie Médicale de l'institut Pasteur(Paris)

Certificat du cours de reproduction humaine(SMFC - AZVUB)

DIU de formation pratique en biologie de la reproduction(Paris)

Mr AAZIZ AHMED

Dr NOEMA EL MANSOURI

Réf. : 23E58E

Page : 2/2

Ouvert le: 16/05/23 Prélèvement effectué à 11:43

Edition du : 16/05/23

## Compte Rendu d'Analyses

### Normales

Créatinine ( Mde Jaffé) ----- :	6,9	mg/l	5 - 13	
(Konelab20XTI, Konelab 20I)	Soit :	61	μmol/l	44 - 115
SGOT / ASAT (Cinétique) ----- :	15	UI/l	< 40	
(Konelab 20XTI , Konelab 20I)	SGPT / ALAT ( Cinétique)----- :	15	UI/l	< 40
(Konelab 20XTI , Konelab 20I)				

## IMMUNO / SEROLOGIE

C R P (Turbidimétrie + latex ) ----- :	< 6	mg/l	< 6
(Konelab 20XTI )			

Dr. Noureddine EL FOUNINI  
Laboratoire Médical IBERIA  
Tél: 0539937021 - Fax: 053993583  
Pharmacie et Biochimie

TSV  
Merci

Impression recto- verso, écologique

Pour mieux vous servir, Merci de bien vouloir retenir votre numéro de référence.

2 Place koweit, 90000 -TANGER-

Tél: 0539 937 021 Fax: 0539 936 838 GSM: 0668 353 257/0661 193 829 E-mail: elfounini\_noureddine@hotmail.com

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES IBERIA

2, Place IBERIA Tanger

Dr. Nouredine EL FOUNINI

Pharmacien biologiste Diplômé de la faculté de Médecine Pharmacie D'Angers France. Biologie de la reproduction

DES. Bactériologie - Virologie, Biochimie, Hématologie, Immunologie, Parasitologie - Mycologie.

MSBM. Cytogénétique, Génétique fondamentale, Immunologie - Immunopathologie

Cours de Mycologie Médicale de l'institut Pasteur(Paris)

Certificat du cours de reproduction humaine(SMFC - AZVUB)

DIU de formation pratique en biologie de la reproduction(Paris)

Tanger le 16 mai 2023

Mr AAZIZ AHMED

FACTURE N° 63278

## Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Vitesse de sédimentation -----	B	30	
Urée -----	B	30	
Créatinine -----	B	30	
Transaminases OT -----	B	50	
Transaminases PT -----	B	50	
Protéine C réactive -----	B	100	Total : B 370

## Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER 432,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Trente Deux Dirhams

INPE  
163060601

L.C.E: 000731277000065  
L.F.: 24302030

IBERIA  
Laboratoire Medical  
Dr. Nouredine EL FOUNINI  
Tél: 05 39 93 10 24  
Fax: 05 39 93 35 37  
GSM: 05 68 35 37 51

ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTE  
CENTRE HOSPITALIER REGIONAL  
HOPITAL AL KORTOBI - TANGER



BULLETIN DE CONSULTATION N°: 06750

N° d'ordre : .....

Date : 17/05/23

Heure de consultation: 111

N° : .....

Médecin : .....

Nom et Prénom du malade : .....

Dr. Noemra EL MANSOUR  
Résidente en Rhumatologie  
CHU - Tanger

Diagnostic : .....

Adressé par : .....

Traitements : .....

Traitement de 3 mois

1) Méthotrexate 25 mg  
94,10 x 8 = 752,80

70

Injection de 15 mg de  
Méthotrexate sans dilution

Par semaine

5

26,20 2) Aspirine 5 g

2 cap/ sem 18 hours  
l'injection de Méthotrexate

PHARMACIE RAIHANI

RAIHANI KAMAL

Rue Al Kortobi Marsa

Tanger

Signé:

مستشفى بدون تدخين  
HÔPITAL SANS TABAC

**ACFO**

Acide folique / Comprimé

LOT : 1422201

PER : 09/2026

PPV : 26,20 DH

LISTE 1 - UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
MESSAGERIE / LES DOSES PRESCRIPTEES  
DE LA SANTÉ DE MAROC  
TERRITORY NATIONAL  
GOUVERNEMENT

Methotrexate BIODIM® 25 mg - 1 ml  
Solutio injecitable  
Methotrexate BIODIM® 25 mg - 1 ml

Maphar  
Bd Alklima N° 6, QL.  
Sidi Bernoussi, Casablanca

Methotrexate bioldim® 25 mg/ml

al b1 mV

2 P.P.V : 94,10 DH

Sc 5 118001 181605



↓  
(x8 ged)

ESCOM

Dispositif

Valeur de la date

Général

ESCOM

8/01/18

ESCOM

ESCOM