

COMMANDATIONS 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.

Diagnostique 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.

Prothèse :

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

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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 053668

38.561

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00450 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : ZEGGARI Mohamed

Date de naissance : 20/01/1948

Adresse : 119 HAY ALWAHDA - EL ALIA

20830 Mohammedia

Tél. : 059328537 Total des frais engagés : 2223,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KHOUNIGERE Imad
Néphrologie - Hémodialyse
Centre des Maladies des Reins et d'Hémodialyse
La Colline
504 Bd La Résistance, La Colline - Mohammedia

Date de consultation : 20/07/2020

Nom et prénom du malade : ZEGGARI Med

Age : 79 ans

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Néphropathie chronique

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

03 SEP. 2020

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 : Mohammedia

Le : 24/7/2020

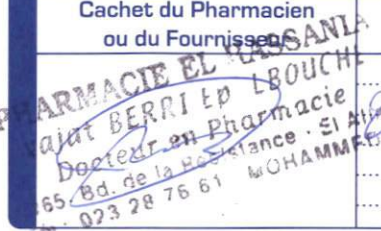
Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]


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
20-07-2020	g		400,00	
24-07-2020	g		600,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24/07/2020	673,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/07/2020	B Ph	1150,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

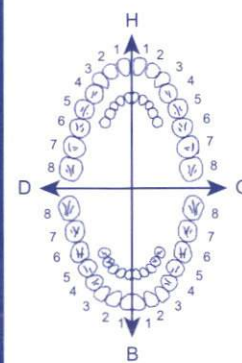
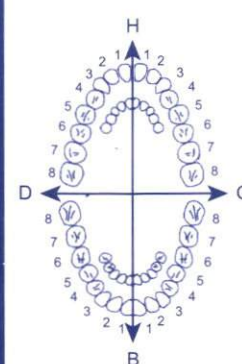
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
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
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CENTRE DES MALADIES DES REINS ET D'HEMODIALYSE LA COLLINE



Me 00450

Mohammedia le : *24/07/2020*

Docteur Tarik MADAD
Docteur Imad KHOUNIGERE

Spécialistes en Néphrologie - Hémodialyse

- Néphrologie
- Hémodialyse
- Transplantation Rénale
- Echographie Rénale

Mr Zeggani Mohamed

6000 x 6
Ferph 40g
Aplh

6500 x 3
Agew 60g
Aplh

PHARMACIE EL YASSANIA
Docteur en Pharmacie
165 Bd de la Résistance - EL Aïla
Tél : 023 28 76 61 MOHAMMEDIA

Dr. KHOUNIGERE Imad
Néphrologie - Hémodialyse
Centre des Maladies des Reins et d'Hémodialyse
La Colline
504, Bd La Résistance, La Colline - Mohammedia

4960
Dune 15000g

Aplh / mois (1 b. tel)

3460 x 2
basilix 40g

67380 Aplh

(Traitement de 2 mois)



FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

ERPLEX[®] 40 mg

er protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

020319
02/21
65,00 DH

65,00

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

PPV: 49,60 DH
LOT: 20D06
EXP: 04/2023

08/21
65,00 DH

65,00

LOT: 19E010
PER: 10/2023

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V: 34DH60



6 118000 060468

LOT: 20E014
PER: 12/2023

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V: 34DH60



6 118000 060468

12

**CENTRE DES MALADIES DES REINS
ET D'HEMODIALYSE LA COLLINE**



M/e 00450

Mohammed le : *21/07/2020*

Docteur Tarik MADAD
Docteur Imad KHOUNIGERE

Spécialistes en Néphrologie - Hémodialyse

- Néphrologie
- Hémodialyse
- Transplantation Rénale
- Echographie Rénale

M^r Zegoui Mohamed

NFS, P, D

- Calcium, phosphore

25-04-10

CRP

ECBU

LABORATOIRE AMARA
Mohammed AMARA
BIOLOGISTE
1 Bd. Med. V - Mohammedia
Tél 05 23 30 48 30

du 24/6

Dr. KHOUNIGERE Imad
Néphrologie - Hémodialyse
Centre des Maladies des Reins et d'Hémodialyse
La Colline - Mohammedia
804 Bd La Résistance, La Colline



LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Dr. M. AMARA

3,Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30 - Fax: 0523.30.43.20

Référence: **50720783**

Analyses effectuées le: 20/07/2020

Pour.....: **Mr. ZEGGANI MOHAMMED**

Sur prescription du: Dr KHOUNIGERE IMAD

Code.....: 00001205



Organisme.....:

Bilan:

NFS PQ CA PHOS VITD CRP CBU PROTU

Cotation : (B 840)

Montant Net : 1150.00 **Dhs**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE CENT CINQUANTE Dhs 00 Cts

LABORATOIRE AMARA
Mohammed AMARA
BIOLOGISTE
3 Bd. Mohammed V
Tél : 05 23 30 40 30

Heure : 12:14

Prélèvement du : 20/07/2020

Edition du : 22/07/2020

Code Patient 00001205

Matricule :



Médecin: DR. KHOUNIGERE IMAD

MR. ZEGGANI MOHAMMED

Référence 50720T2783 du : 20/07/2020

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE

Globules rouges.....	3.8	M/μl	(4.5 à 6.5)
Hémoglobine.....	11.8	g/dl	(13.0 à 18.0)
Hématocrite	34	%	(40 à 54)
V.G.M.	89	fl	(85 à 100)
T.C.M.H.....	31	pg	(27 à 32)
C.C.M.H.....	35	%	(32 à 36)
Globules blancs.....	4300	/μl	(4.000 à 11.000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles....	43	%	(2000 à 7500)
Lymphocytes.....	36	%	(1500 à 4000)
Monocytes	14	%	(200 à 800)
Polynucléaires Eosinophiles.....	7	%	(< à 400)
Polynucléaires Basophiles.....	0	%	(< à 400)
Plaquettes.....	171.000	/μl	150.000/450.000

BIOCHIMIE EXAMEN DE SANG

Protéine C réactive.....	< 6	mg/l	(< à 6)
Calcium.....	82	mg/l	(80 à 110)
Phosphorémie	29	mg/l	(25 à 45)
VITAMINE 25(OH) et 25(OH)D3.....	18	ng/ml	

Normes :

< 10 Carence
10 - 29 Insuffisant
30 - 100 Suffisant
> 100 Toxicité

LABORATOIRE AMARA
Mohammed AMARA
BIOLOGISTE
3, Bd. Méd. V - Mohammedia
Tél: 05 23 30 40 30

91 (02/05/20)
30 (02/05/20)



Mohammed AMARA
Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université de Bruxelles (U.L.B.)
Spécialités : Biochimie - Hématologie
Immunologie - Bactériologie - Mycologie

مختبر اعمارّة للتحليلات الطبية

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Prélèvement du : 20/07/2020

Heure : 12:14

Edition du : 22/07/2020

Code Patient 00001205

Matricule :



Référence 50720T2783

du : 20/07/2020

Mr. ZEGGANI MOHAMMED

Médecin: Dr. KHOUNIGERE IMAD

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

- Aspect..... : Clair

CHIMIE:

- PH..... : 6
- Albumine..... : Négatif
- Glucose..... : Négatif
- Corps cétoniques..... : Négatif
- Sang..... : Négatif

CYTOLOGIE:

- Leucocytes..... : 0 à 1
- Hématies..... : 0
- Cellules épithéliales. : Rares
- Cylindres..... : Absents
- Cristaux..... : Absents
- Trichomonas : Absents
- Levures..... : Absentes

/chp

(< à 5)

/chp

(< à 10)

RECHERCHE DE GERMES BANALS ET LEVURES:

- Culture..... : Demeurée stérile.

CHIMIE URINAIRE

Diurèse..... : 2200
Protéinurie : 0.33

ml/24h
g/24h

(< à 0.25)

LABORATOIRE AMARA
Mohammed AMARA
BIOLOGISTE
Bd. Med. V - Mohammédia
Tél. 05 23 30 40 30