

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

luation :

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.

taire :

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.

adie 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.

N° W19-511355

43160 C
Optique A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3718

Société : R. A. M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KANDOUL HASSAN

Date de naissance : 30/09/1952

Adresse : Lotis SAYAD Tum 612 - Kenitra 14000

Tél. : 060 127 82 89

Total des frais engagés : 280,60

Cadre réservé au Médecin

Dr Aziza Laalou Naciri
Néphrologue
81, Rue LAMHANNED KACEM BI DAOUR
Tél. 05 37 37 70 70 - Fax: 05 37 37 70 70

Date de consultation : 01/10/2020

Nom et prénom du malade : Fathia Jauhia Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : Eric de Malakalay

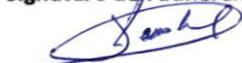
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'até médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Kenitra

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-511355

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

RELEVE DES TRAITS EN BON ETAT

is des tes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/11/2010	CS	gratuit		INP : 090606 ENTRE D'HMODIALYSE LA GALLOUZI

EXECUTION OF ORDONNANCES IN THE 1730'S

ANALYSES - RANG GRAVES

échantillon et signature du régulateur et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
05 37 37 64 37 65	02/10/2020	INP N°:093001046	78,60

AUXILIARIES AMERICA

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

VOLET ADHERENT

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

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>											
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
OLF PROTHESSES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] 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'EXÉCUTION



CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA

مَرْكَزُ الْكَلِيَّةِ الْإِصْطَناعِيَّةِ مَعْمُورَةٍ

Dr. Aziza LAALOU - NACIRI

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris V

Dr. Aziza LAALOU - NACIRI
Praticienne AZHAROUN
Lotis. Azharoun 101 N° 363
Kénitra - Maroc
Tél. : 05 37 37 70 70 - Fax : 05 37 35 00 20

الدكتورة عزيزة لعلو الناصري

اختصاصية في أمراض الكلى والكلية الإصطناعية

خريجة كلية الطب بباريس

01-10-2020

9c - KENITRA Jallalat

51,60

1) Résultat $Bq = 1/3$



107,70

2) $CAC/1000 = 1/3$



20,00

3) $tin/1000 = 1/2/3$



QSP < 1 mR

22,70

4) Résultat : 1 x 2/3 x 2/3 = 1/3



CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA
Dr Aziza Laalou - NACIRI
Nephrologue

1. Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI
Tél. : 05 37 37 70 70 - Fax : 05 37 37 70 70

Room 81
Zinat Al Qasim

81, Rue LAMHANNED KACEM, BIR-RAMI
(A Côté du Tribunal 1ère Instance) - KENITRA
Tél. : 05 37 37 70 70 - Fax : 05 37 37 70 11

81، زنقة المهندق قاسم، بندر الصوامى
قرب المحكمة الابتدائية - القنيطرة

الهاتف : 05 37 37 70 70 - الفاكس : 05 37 37 70 11

ICE N° : 001654673000089

6 118001 100620

TARDYFERON B9

30 comprimés pelliculés

Fer 50 mg / Acide folique 0,350 mg

Distribué par Cooper Pharma

41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

Amina DAOUDI - Pharmacien Responsable

PPV : 51.60 DH

322084

6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH

ALLGAÜ 36 - 9400 WOLFSBERG

AUTRICHE

BOTTU SA PPV : 107 DH 70

PPV :

Exp :

N° Lot :

20/00

22/70

FER 50 mg / ACIDE FOLIQUE 0,350 mg
TARDYFERON B9
30 comprimés pelliculés



CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA

مكتبة الكلية الإقتصادية عمومية

Dr. Aziza LAALOU - NACIRI

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris V

الدكتورة عزيزة لعلو الناصري

الخصائص في أمراض الكلية والكلية الاصطناعية

خريجة كلية الطب بباريس

9c- farrini gallina

421-4260

四

some prototypes w,

TP + INC

LABORATOIRE
Dr. ZARATOV
MARLOU'RE
Medecin Abderrahman
Tel. 05 37 37 65 16
Fax. 05 37 37 65 16
37 37 65 16
37 37 65 16
37 37 65 16

A blue rectangular stamp with the text 'NKI DR AZIZA NACIRI' and 'Nephrologue' in a grid pattern. A handwritten signature 'Dr. AZIZA Naciri' is written over the stamp, and a handwritten signature 'Nephrologue' is written over the 'NKI DR AZIZA NACIRI' text. The stamp also includes 'Rue LANHANNE RACINE' and '05 37 37 70 00'.

81, Rue LAMHANNED KACEM, BIR-RAMI
(A Côté du Tribunal 1ère Instance) - KENITRA
Tél. : 05 37 37 70 70 - Fax : 05 37 37 70 11

81. زنقة المهندق قاسم، بئر الرامى
(قرب المحكمة الابتدائية) - القنطرة
الهاتف: 05 37 37 70 11 - الفاكس: 05 37 37 70 70

ICE N° : 991654673000089

Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale ITTIHAD

Dr. ZARHLOUL ABDERRAHMAN

Angle 212 av Mohamed V Rue 41 N° 3 Kenitra

Tél :0537376487 Fax : 0537376516 Kénitra

Pat: N°20505790

ICE: N°001537635000049

IF: N°29303654 **INP:**N°053001046

Facture 107520

KENITRA Le : 02/10/2020

Analyses effectuées le: 02/10/2020

Pour.....: **Mme FAHIMI JAMILA**

Sur prescription du :Dr AZIZA LAALOU-NACIRI

Code.....: 3DQ9496



Organisme.....:

Bilan:

TPR=B40

Total : B 40

Montant Net : 78.60 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **78.60 Dh**

Dr.ZARHLOUL ABDERRAHMAN
L'ANALYSE ITTIHAD
Tél: 0537376487
Angle 212 av Mohamed V Rue 41 N° 3 Kenitra



Docteur ZARHLOUL Abderrahman

Médecin Biologiste

Ex. Attaché AU C.H.U. AVICENNES - RABAT

HEMATOLOGIE - MYCO - PARASITOLOGIE - BACTERIOLOGIE
VIROLOGIE - SEROLOGIE - IMMUNOLOGIE - BIOCHIMIE CLINIQUE



053001046



3DQ9496

الدكتور زغلول عبد الرحمن

طبيب إختصاصي في التحاليلات الطبية

ملحق سابقًا بالمستشفى الجامعي

أين سينا الرباط

Mme FAHIMI JAMILA

Médecin: Dr. AZIZA LAALOU-NACIRI

Référence: 51002660 du : 02/10/2020

HEMOSTASE

Valeurs de référence

Technique : Autaumate STA Satellite STAGO

TP (Sous AVK) : 43 % 25 à 35

I.N.R Sous A.V.K..... : 1.85 2.0 à 4.5

- Prévention d'une thrombose veineuse 2 à 3
- Prévention d'une thrombose veineuse récidivante 2 à 4
- Traitement des phlébites ou embolie pulmonaire 2 à 4
- Prévention d'une thrombose atérielle 3 à 4.5
- Valves cardiaques , Mécaniques 3 à 4.5

Dr. AZIZA LAALOU-NACIRI
Médecin Biologiste
Abderrahman Zarhoul
Tél: 05 37 37 65 16
Fax: 05 37 37 64 87