

# 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.

## ue :

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

## location :

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.



Declaration de Maladie

N° W19-511355

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3718

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KANDOUH HASSAN

Date de naissance : 30/09/1952

Adresse : Lot 5 SAKAD TUN 612 - Kenitra 14000

Tél : 0601278289

Total des frais engagés : 280,60

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Aziza Lailou Naciri  
Néphrologue  
81 Rue LAMHANNED KACEM  
Tél. 05 37 37 70 70 - Fax : 05 37 37 70 70

Date de consultation : 01/10/2020

Nom et prénom du malade : Fakhri Jalel

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Enc de valve aortale

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Kenitra

Le : 01/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

## 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 Alhal Ben Abdellah - Casablanca - 100 Avenue Mohammed VI - Casablanca - 100 Avenue Mohammed VI - Casablanca

## 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 :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes	
			INP :	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
achat du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	01-10-20	202,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
achat et signature du radio et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/10/20	B, H, O	78,60
INP N° : 053001046			

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	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.

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 canalaires, ainsi que le bilan d																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25530412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25530412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553		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"/>
	H	25530412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA

مركز الكلية الإصطناعية معمورة

**Dr. Aziza LAALOU - NACIRI**

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse  
Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris V

الدكتورة عزيزة لعلو الناصري

اختصاصية في أمراض الكلى والكلى الإصطناعية  
خريجة كلية الطب بباريس

9e - Ann. ni galeela

01-10-2020

51,60

1) Tactyfeur Bq = 1/5



107,70

2) CACI 1000 = 1/5



20,00

3) Anionore 4 = 1/2 1/5



QSP 1 ms

22,70

4) Anionore : 1 x 2/7 200 ms



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 المهند قاسم، بئر الرامي  
(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**  
**ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG**  
**AUTRICHE**  
**BOTTU SA PPV : 107 DH 70**

PPV :

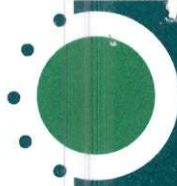
Exp :

N° Lot :

20,00

22,70

INSTITUT NATIONAL DE  
PHARMACOLOGIE  
MAROC



CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA

مركز الكلية الإصطناعية معمورة

**Dr. Aziza LAALOU - NACIRI**

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris V

الدكتورة عزيزة لعلو الناصري

اختصاصية في أمراض الكلى والكلى الإصطناعية

خريجة كلية الطب بباريس

Dr. Aziza Laalou - Naciri

الدكتورة - 01 - 02

seme paratque de  
TP + INL

LABORATOIRE  
DR. ZARHLOU ITHAD  
Medecin Biologiste  
Tél.: 05 37 37 64 87  
Fax: 05 37 37 65 16

CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA  
Dr. Aziza Laalou - Naciri  
Néphrologue  
Rue LAMHANNED KACEM  
05 37 37 70 11

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 المهندس قاسم، بئر الرامي  
(قرب المحكمة الابتدائية) - القنيطرة  
الهاتف : 05 37 37 70 70 - الفاكس : 05 37 37 70 11

ICE N° : 001654673000089

# 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**

LABORATOIRE ITTIHAD  
Dr ZARHLOUL ABDERRAHMAN  
Medecin Biologiste  
Tél.: 05 37 37 64 87  
Fax: 05 37 37 65 16



# مختبر إتحاد للتحاليل الطبية Laboratoire Ittihad d'Analyses Médicales

L I  
A M

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 الرحمان

طبيب اختصاصي في التحاليل الطبية

ملحق سابقاً بالمستشفى الجامعي

ابن 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 artérielle			3 à 4.5
- Valves cardiaques , Mécaniques			3 à 4.5

LABORATOIRE ITTIHAD  
Dr. ZARHLOUL Abderrahman  
Médecin Biologiste  
Tél. : 05 37 37 37 64 87  
Fax : 05 37 37 37 65 16