

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.

lucation :

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.

aire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'entente préalable est exigée sur la feuille de soins et 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.



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

Declaration de Maladie

N° W19-589485

ND. 50477

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3718

Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KANDOU L HASSAN

Date de naissance : 30/09/1952

Adresse : 612 - Quartier Sayad 1

Kénitra

Tél : 06 01 27 82 89

Total des frais engagés : 658,10 dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CENTRE D'HEMODYALYSE MAROCAINE
Dr Aziza Laalou - Naciri
Néphrologue
81 Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI
Tél : 05 37 37 70 70 - Fax : 05 37 37 70 11

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : FAHNI Jallila

Age : 62 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, joindre 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-589485

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 :

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

IPRAS 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.

IPRAS : Centre Alail Ben Abdellah - Casablanca - Maroc

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 : <i>[Signature]</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

achat du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>[Signature]</i>	01/12/2020	578,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

achat et signature du radiateur et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Signature]</i>	02/12/20	35.40 →	78.60 DAI

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	IV	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 canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []																					
				MONTANTS DES SOINS []																					
				DEBUT D'EXECUTION []																					
				FIN D'EXECUTION []																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX []																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533 11</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000			35533 11	11433553		B			MONTANTS DES SOINS []
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
00000000																									
35533 11	11433553																								
B																									
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS []																						
			DATE DE L'EXECUTION []																						

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 الاصطناعية

خريجة كلية الطب بباريس

101-12-2020

9^e Année Jallila

190,00

1) Nou' cep' tol = 1 appx 2/3

51,60 x 2 = 103,20

2) Taletyfeon Ba: 2/3

36,00 x 2 = 72,00

3) Gaur 1000 = 1/3

44,00 x 2 = 88,00

4) Cardix 6,25 = 1/2 x 2/3

QSP 01 ms

125,30

7) Vaxi' Grep
TERKA = 1 dose

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

Sarafi-aventis Maroc
Route de Rabat .R.P.1.
Ain sebaa Casablanca
VaxigripTetra 16 µg/0,6 ml
sol [7] b1
P.P.V : 125,30 DH
5 118001 082247

BOTTU SA
PPV : 36 DH 00
PER : 03/22

BOTTU SA
PPV : 36 DH 00
PER : 03/22
LOT : 9030206

LOT: 157
PER: JUL 2023
PPV: 44 DH 00

28 Co

LOT: 152
PER: FEV 2023
PPV: 44 DH 00

28 Con

LOT

PVC: 198,00 DH

C62

2022-07

REV : 2019/10/A

3 401020 354451 >

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

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

322084



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 والكلية الإصطناعية

خريجة كلية الطب بباريس

Dr. Fantini Janelia

Pe 01-12-2020

faire passer sur:

TP

+ZNR

LABORATOIRE ITTihad
Dr. A. ZAFILLOUL
Néphrologue
05 37 37 70 70 - 05 37 37 70 71
05 37 37 70 70 - 05 37 37 70 71

CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA
Dr Aziza Laalou - Naciri
Néphrologue
81, Rue LAMHANNED KACEM BIR RAM
Tél. 05 37 37 70 70 - Fax 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, زقة المهند قاسم، بئر الرامي

(قرب المحكمة الابتدائية) - القنيطرة

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

ICE N° : 001654673000089



مختبر إتحاد للتحليلات 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 التحليلات الطبية

ملحق سابقا بالمستشفى الجامعي

ابن سينا الرباط

Mme FAHIMI JAMILA

Médecin: Dr. AZIZA LAALOU-NACIRI

Référence: 51202495 du : 02/12/2020

HEMOSTASE

Valeurs de référence

Technique : Autaumaté STA Satellite STAGO

TP (Sous AVK)	43	%	25 à 35
I.N.R Sous A.V.K.....	1.87		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. A. ZARHLOUL
Médecin Biologiste
Tél : 05 37 37 64 87 Fax : 05 37 37 65 11
KENITRA

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 108948

KENITRA Le : 02/12/2020

Analyses effectuées le: 02/12/2020

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. A. ZARHLOUL
Régistré Biologiste
Tél : 0537 37 64 87 - Fax : 0537 37 65 16
Kenitra