

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 prothèse 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.

die 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.



Declaracion de Maladie

N° W19-589477

57835

☒ 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 : 30/09/1953

Adresse : Im 612 - Quartier SAYADI

Kenitra

Tél : 0601278289 Total des frais engagés : 366,00dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CENTRE D'HEMODIALYSE MAAMUKA
Dr Aziza Laalou - Naciri
Nephrologue
31, Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI
Tél. 05 37 37 70 70 - Fax : 05 37 37 70 11

Date de consultation : 02/01/2021

Nom et prénom du malade : FAHINI Jalila

Age : 62 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : IRC chronique stade 4

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère chronique, le 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 : 02/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Declaracion de Maladie

N° W19-589477

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

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 Atlas Rue Abdellah El-Khadraoui - 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 : 05 20 12 75 4

EXECUTION DES ORDONNANCES

achet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/01/21	287,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

achet et signature du radio et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	04/01/21	B2, 40	37,60

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

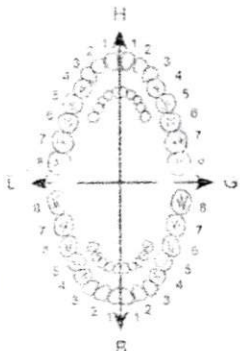
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

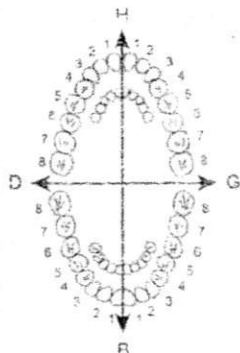
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <table border="1"><tr><td></td></tr></table>										
				MONTANTS DES SOINS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>										
				DEBUT D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>										
				FIN D'EXECUTION <table border="1"><tr><td></td></tr></table>										

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table><tr><td colspan="2">H</td></tr><tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>00000000</td><td>00160000</td></tr><tr><td>00000000</td><td></td></tr><tr><td>35533 11</td><td>11433553</td></tr><tr><td colspan="2">B</td></tr></table>	H		25533412	21433552	00000000	00160000	00000000		35533 11	11433553	B		
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00160000												
	00000000													
35533 11	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'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

2021-01-20

Dr. FATTINI Jalila

107,70

1) Calis 1000 = 1/3

51,60

2) Tadeffew Ba = 1/3

20,00 x 3 = 60,00

3) Smaom ucy = 1/2 1/3

all 201 m/s

22,70 x 3 = 68,10

4) Biosuice

1 x 2/3 x 3 m/s

CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA
Dr. Aziza Laalou Naciri
Néphrologue
81, Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI
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, زنقة المهندس قاسم، بئر الرامي

(قرب المحكمة الابتدائية) - القنيطرة

الهاتف : 05 37 37 70 70 . الفاكس : 05 37 37 70 11

ICE N° : 001654673000089

22,70

28,70

22,70



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
A1 LGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 70

PPV : 20,00
Exp :
N° Lot :
PPV : 20,00
Exp : 20,00
N° Lot :

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

02-01-2021

95 FATHINI Jaelia

Faire toute que JN:

TP + ENR

CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA
Dr Aziza Laalou - Naciri
Néphrologue
81, Rue LAMHANNED KACEM - BIR-RAMI
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, زنقة 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.

Référence: 10104906 du : 04/01/2021

HEMOSTASE

Valeurs de référence

Technique : Autaumate STA Satellite STAGO

TP (Sous AVK)	45	%	25 à 35
I.N.R Sous A.V.K.....	1.46		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
D'ANALYSES MÉDICALES
Angle Az. Mohamed V et Rue 41 N° 3 - KENITRA
Tél. : 05 37 37 64 87 - Fax : 05 37 37 65 16

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 109690

KENITRA Le : 04/01/2021

Analyses effectuées le: 04/01/2021

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
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. ZARHLOUL ABDERRAHMAN
Angle Av. Mohamed V et Rue 41 N° 3 - KENITRA
Tél : 0537376487 Fax : 0537376516