

RECOMMANDATIONS 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.

Radiologie 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.

Dentaire :

- 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-659698

g024f



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

6163

Société :

Royal air MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

El Houssimi Ifilal Mohammed Amine

Date de naissance :

06 - 08 - 1963

Adresse :

Bo. bof JAW HAR TARGA MARRAKECH

Tél. :

0661198032

Total des frais engagés :

920.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

KOUHEN

Nom et prénom du malade :

Age:

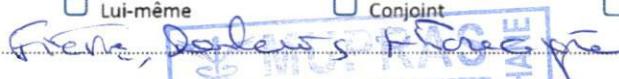
Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :



En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

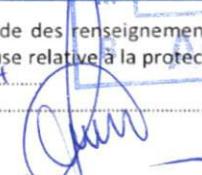
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 29/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVE 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
10/10/2021	20	20	G	INP : 07119 ESTHER
29/10/21	20	20	G	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cacher et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ANALYSES MEDICO-CHIRURGICALE	14/10/21	B.500	560,00 DT
ANALYSES MEDICO-CHIRURGICALE	25/10/21	B+A.M.S	3.60,00 DT

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

RELEVE 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 de l'ODF																				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)																
				INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553
H		G																		
25533412	21433552	00000000	00000000																	
D		B																		
00000000	00000000	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"/>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

Docteur Mohamed Jalil DIOURI
Neurochirurgien
■ Electro-encéphalogramme
■ Spécialiste des maladies du système nerveux
et de la colonne vertébrale - Microchirurgie
■ Diplômé de la faculté de Médecine de Montpellier

الدكتور محمد جليل الديوري
■ اختصاصي في جراحة الدماغ
والأعصاب والأمراض المزمنة
■ التخطيط الكهربائي للدماغ
■ خريج كلية الطب بمونبولي - فرنسا

Marrakech, le 10/10/2021

مراكش في :

KOUHEN MOUNIA

BILAN SANGUIN

D-dimères

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
AL MANAR
Docteur Nassif ZEROUAL
9, Hay Chifa Amerchich, Marrakech
Tél : 05 24 31 12 82/Fax : 05 24 31 16 80
INPE : 077165173

Dr. DIOURI Med Jalil
Neuro-chirurgien
9, rue Imam Malek Guéliz
Marrakech - تارودانت - 40000
Téléphone : 05 24 43 26 26

9 شارع إمام مالك، إقامة المسجد الطابق الأرضي، رقم 2 (قرب مسجد تركيا) كلبيز - مراكش

9, rue Imam Malek, Résidence Al Masjid R.D.C N°2 - Guéliz Marrakech

Urgence : 06 61.16.36.39 المستعجل : الهاتف : 05 24.43.26.26 Email : mj.diouri@gmail.com

Docteur Mohamed Jalil DIOURI
Neurochirurgien
■ Electro-encéphalogramme
■ Spécialiste des maladies du système nerveux
et de la colonne vertébrale - Microchirurgie
■ Diplômé de la faculté de Médecine de Montpellier

الدكتور محمد جليل الديوري
■ اختصاصي في جراحة الدماغ
والأعصاب والعمد الفقاري
■ التخطيط الكهربائي للدماغ
■ خريج كلية الطب بمولوي - فرنسا

Marrakech, 29/10/2021

مراكش في :

KOUHEN MOUNIA

BILAN SANGUIN

troponine



Dr. DIOURI Med Jall
Neuro-Chirurgien
9, Rue Imam Malek Guéliz
Marrakech - Tel : 05 24 43 26 21

9 شارع إمام مالك، إقامة المسجد الطابق الأرضي، رقم 2 (قرب مسجد تركيا) كليز - مراكش

9, rue Imam Malek, Résidence Al Masjid R.D.C N°2 - Guéliz Marrakech

Urgence : 06 61.16.36.39 المستعجل : Téléphone : 05 24.43.26.26 الهاتف : Email : mj.douri@gmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL MANAR

164 Bd IBN SINA AMERCHICH 40000 MARRAKECH

IF N°40257662

Patente : 67072510

CNSS : 8734180

ICE : 02640257662
T.N. : 077165173
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
Docteur Nassif ZEROUAL
9, Hay Chifa Amerchich, Marrakech
INPE : 0243112582/Fax : 024311680
Tel : 05243112582/Fax : 0524311680

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
AL MANAR
Docteur Nassif ZEROUAL
9, Hay Chifa Amerchich, Marrakech
INPE : 0243112582/Fax : 0524311680
Tel : 05243112582/Fax : 0524311680

Marrakech le dimanche 10 octobre 20 Madame KOUHEN MOUNIA

GARDE

FACTURE N°	506700
------------	--------

Analyses :			
D-DIMERES -----		B 500	Total : B 500
Prélèvements :			
Sang-----		Pc 1,5	
TOTAL DOSSIER		560,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq Cent Soixante Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
AL MANAR
Docteur Nassif ZEROUAL
9, Hay Chifa Amerchich, Marrakech
Tel : 05243112582/Fax : 0524311680
INPE : 077165173



- Pharmacien Biologiste
- Internat UCL (BRUXELLES)
- Hématologie
- Immunologie
- Parasitologie
- Bactériologie
- Virologie
- Biologie de la reproduction

- صيدلي تخصص الأحياء أوروبا (بروكسل)
- أمراض الدم
- علم المناعة
- علم الطفيلييات
- علم الجراثيم
- علم الفيروسات
- بيولوجيا النكاثر

Prélèvement du : 10/10/21
Edition du : 10/10/21

Madame KOUHEN MOUNIA
Dossier : 21J1705
Prescripteur : SANS ORDONNANCE

Page : 1/1

HEMOSTASE

D-Dimères-----: 190,61 ng/ml < 500
(Technique E.L.F.A biomerieux)

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
ALMANAR
Docteur Dr. Nassif ZEROUAL
9, Rue Chifa Amerchich, Marrakech
Tél : 05 24 31 12 82 / Fax : 05 24 31 16 80
VALIDATION BIOLOGISTE



Dr. Abdellah ZRIOUIL

Pharmacien biologiste

- CES de biologie Faculté de Médecine Paris V
- INPR de 07 300 22 22 Paris VI
- Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

الدكتور عبد الله زريويل

صيدلي إحيائي

- شهادة في البيولوجيا جامعة الطب بباريس 7
- جامعة الصيدلة بباريس 7
- ملحق سابق بمستشفيات باريس

FACTURE N°:145460026

MARRAKECH LE : 29/10/2021

Nom et Prénom : KOUHEN Mounia

Prescripteur : Dr. DIOURI MOHAMED JALIL

Référence : 291021 026

BILAN :

TNHS B 250 +

MONTANT NET : 360,00 DHS Soit 250 B

Trois cent soixante Dh





Dr. Abdellah ZRIOUIL

Pharmacien biologiste

- CES de biologie Faculté de Médecine Paris V
- UER de Pharmacie Paris VI
- Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

الدكتور عبد الله زريويل

صيدلي إحيائي

شهادة في البيولوجيا جامعة الطب باريس 7

جامعة الصيدلة باريس 6

ملحق سابق بمستشفيات باريس

Madame KOUHEN Mounia

Dossier No 2910 026 du 29/10/2021 à 11h17

Prélèvement Transmis au Laboratoire

Prescrit par le Docteur DIOURI MOHAMED JALIL

Date de naissance : 04/02/1970

Résultats complets

Page : 1 / 1

BIOCHIMIE

TROPONINE HIGH SENSITIVE.....

(Méthode Immunoenzymatique sur VIDAS)

< 1,50 ng/l inf à 20

ATTENTION: nouvelle méthode , unités et valeurs normales
(Remarque : toute valeur comprise entre 20 et 25 ng/l est à recontroler sur
un nouveau prélèvement).

**LABORATOIRE
TENSIFT**

Dr ZRIOUIL Abdellah

