

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.

Biologie 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

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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 048899

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : #0525# Société : 9156

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : TADILI SIDI EL HASSAN

Date de naissance : 21 Février 1939

Adresse : Lotissement SPIT N°31 SKHIRAT PLAGE
ou B.P. 2106 Hay Riad - RABAT

Tél : 0661170108 Total des frais engagés : 215,2 millions Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

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 : RABAT Le : 25.10.2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ 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
25/06/21				

DR. FENNICH SAMI
 Chirurgie Digestive, Endocrinologie
 Cancérologie, Otolaryngologie
 INPE: 191165935
 GSM: 06 23 75 15 43
 22, Av. Alagadine N°3, Hassan - Rabat

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire ZITOUNE 6, Rue Al Karim Hay Riad Rabat Tél: 35 32 21 99 91 zitoune@spat.com	25/06/21	215.000H 215	215.000H 215

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	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'EXECUTION

Dr. FENNICH Samir
Spécialiste en CHIRURGIE

Diplômé des Universités de France
Chirurgien des Hôpitaux de France (PH)

Diplôme de Chirurgie Digestive et Viscérale
Diplôme de Coelochirurgie Strasbourg
Diplôme de Chirurgie Cancérologique Besançon
Diplôme de Chirurgie Hépatobiliaire PARIS
Diplôme des Urgences Abdominales Montpellier



الدكتور فنيش سمير
طبيب اختصاصي في الجراحة
خريج جامعة الطب بفرنسا
طبيب جراح بمستشفيات فرنسا

شهادة جراحة الجهاز الهضمي والباطني
شهادة الجراحة المنظارية ستراسبورغ
شهادة جراحة السرطان بوزونسون
شهادة جراحة الكبد باريس
شهادة جراحة المستعجلات الباطنية موندولي

Rabat Le : 25/6/11.

Dr. Tadjili
Dr. EL Hassan

Blirul

607 605

Laboratoire ZITOUNE
6, Rue Al Karm Hay Ryad Rabat
Tél: 05 37 71 19 91
Zitouni.j99@gmail.com

Dr. FENNICH Samir
Chirurgie Digestive et Hépatobiliaire
Cancérologie Coelochirurgie
INPE: 107165835
GSM: 06 33 75 15 13
22, Av Alaouline N°3, Hassan - Rabat

Laboratoire d'Analyses Médicales Zitoune

Avenue Al Arz , 6 Rue Al Karm Hay Ryad - Rabat - Tel/Fax :0537 71 19 91
CNSS:2664573 Pat:25561780 RC:62756 IF: 39436792 INPE:102058500 ICE:001783161000021
RIB : BP 181810 2121 142804510006 64 Hay Ryad Rabat

28 juin 21

Mr. TADILI SIDI EL HASSAN

FACTURE N°	48712
------------	-------

Analyses :			
Bilirubines -----	B	70	Total : B 170
Transaminases -----	B	100	
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			215,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Quinze Dirhams

Laboratoire ZITOUNE
6, Rue Al Karm Hay Ryad Rabat
Tél: 05 37 71 19 91
Zitouni.j99@gmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ZITOUNE

Dr. JAMAL ZITOUNI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université Paris V

D.U. d'Antibiothérapie et d'Infections Nosocomiales

Ancien Interne, Assistant et Praticien des Hôpitaux de France

Membre de la Société Française de Biologie Clinique

Hématologie

Biochimie Hormonologie

Bactériologie Mycologie

Virologie

Parasitologie

Immunologie

Mr. TADILI SIDI EL HASSAN

Dossier ouvert le : 28.06.21

Prélèvement effectué à 09:50.

Edition du : 27.06.21.

Réf. : 21F300

Page : 1

Compte Rendu d'Analyses

BIOCHIMIE SANGUINE (Sur Automate Cobas Mira Roche)

BILIRUBINE TOTALE	:	13,0	μmol/l	3 - 20
Soit :		8	mg/l	2 - 12

EXPLORATION HEPATIQUE

TRANSAMINASE SGOT (ASAT)	:	32	UI/l	
--------------------------	---	----	------	--

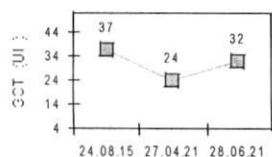
Normales

Antériorités

6 - 40

27.04.21

24

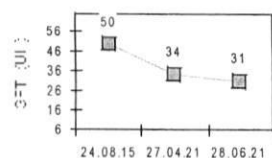


Dates d'antériorités

TRANSAMINASE SGPT (ALAT)	:	31	UI/l	
--------------------------	---	----	------	--

8 - 40

34



Dates d'antériorités

LABORATOIRE ZITOUNE

Av. Al Arz, Rue Al Karm Hay

Riad -Rabat

: 05 37 71 19 91