

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| O Réclamation | contact@mupras.com |
| O Prise en charge | pec@mupras.com |
| O Adhésion et changement de statut | adhésion@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.

N° W21-671607

96446

S.Z

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1712

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAYANI NECHOURI AZZEDDINE

Date de naissance :

16.09.57

Adresse :

45 Rue Makhuda Hay Farah, Fez

Tél. : 0663471062

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. MOUHCIN DAOUDI
PNEUMO-PHTISIOLOGUE
Rés. Camelia, Angle Av. Diburi
et Rue Md. Abdou, bureau 39 - Kenitra
Tel: 05 37 36 00 22 / 07 08 07 80 85

Date de consultation :

03/12/2021

Nom et prénom du malade :

HAYANI NECHOURI AZZEDDINE Age: 66 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

planteur de foie cholangio

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 : Kenitra

Le : 03/12/2021

Signature de l'adhérent(e) :



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	
09/12/21 20.22	Contrôle	G		 INF 051260735 Dr. Mouhcine DAOUDI PNEUMATO-PHTISIOLOGUE Rés. Elmetria, Angle Av. Diouri Tel: 05 37 36 00 27 / 07 72 07 80 80	
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		
 N° 4, 1er étage, Mohamed V, 100 Abidjan Tél: 05 37 32 79 24 - Fax: 05 37 32 79 23	09/12/21	R-80	122,20		
AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	T M	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.												
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">H</td> <td style="width: 70%;">25533412 21433552 00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412 21433552 00000000 00000000	D	00000000 00000000	B	35533411 11433553	G	
	H	25533412 21433552 00000000 00000000										
	D	00000000 00000000										
	B	35533411 11433553										
	G											
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession												
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"/>												

Dr. Mouhcine DAOUDI

PNEUMO-PHTISIOLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancien Médecin résident de l'hôpital My Youssef de Rabat

Asthme - Tuberculose - Allergies respiratoires -

Sevrage tabagique..



د. محسن داودي

أخصائي أمراض الرئة والسل

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

طبيب مقيم سابق بمستشفى مولاي يوسف بالرباط

الربو - السل - الحساسية -

الإقلاع عن التدخين ..

Demande de bilan biologique

Nom : HAYANI MECHKOURI.

Prénom : AZZEDDINE.

Age : 66 ans.

Nature du prélèvement : Sanguin.

Bilan à faire :

- LDH , protides.

Kénitra le : 09/12/2021

Dr. Mouhcine DAOUDI
PNEUMO-PHTISIOLOGUE
Rés. Camelia, Angle Av. Diouri
et Rue Md. Abdou, bureau 39 - Kénitra
Tél: 05 37 16 00 22 / 07 08 07 80 86



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
Dr. MOUHCINE DAOUDI
Résidence CAMELIA 109,
Angle Av. Diouri et Rue Md. Abdou, Kénitra
Bureau 39 - Tél: 05 37 16 00 22 / 07 08 07 80 86
Fax: 05 37 32 15 24 -
Tél: 05 37 32 15 24 -
Monique Nakhla 3, Kénitra
Tél: 05 37 32 79 29

📍 Bureau 39, 3ème étage, résidence CAMELIA 109,
angle avenue Md Diouri et rue Md Abdou - Kénitra
(en face de la station winxo et de la conservation foncière)

📞 05 37 36 00 22

📠 07 08 07 80 86



مختبر ابن سينا للتحاليلات الطبية

Laboratoire Ibn Sina d'Analyses Médicales

Biochimie Clinique - Hématologie - Bactérologie - Virologie - Immunologie
Parasitologie - Mycologie - Spermologie

Dr. Kamal NAKARI

Spécialiste en Analyses Biologiques Médicales.

Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie Rabat.

DU Management de la Qualité en Biologie Médicale - Université de Bordeaux.

DU de Perfectionnement en Mycologie et Parasitologie - FMP Rabat

ICE : 000423315000005

INPE : 053061602

د. كمال النقاري

الخبير في التحاليلات الطبية

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

I.F : 30501321

FACTURE N° : 211200654

KENITRA le 09-12-2021

Mr Azzedine HAYANI MECHKOURI

Date de l'examen : 09-12-2021

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E15	E
0130	Protéines	B30	B
0142	LDH	B50	B

Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 122.20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent vingt-deux dirhams vingt centimes.

LABORATOIRE IBN SINA D'ANALYSES MÉDICALES
Dr. Kamal NAKARI
Biologiste
461 Angle Av. Mohamed V et Ibn Abi Zaraa
Bureau N°4, 1er étage Nakheia 3 - Kénitra
Tél.: 05 37 32 79 24 - Fax : 05 37 32 79 29



مختبر ابن سينا للتحليلات الطبية

Laboratoire Ibn Sina d'Analyses Médicales

Biochimie Clinique - Hématologie - Bactérologie - Virologie - Immunologie
Parasitologie - Mycologie - Spermiologie

Dr. Kamal NAKARI

Spécialiste en Analyses Biologiques Médicales.

Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie Rabat.

DU Management de la Qualité en Biologie Médicale - Université de Bordeaux.

DU de Perfectionnement en Mycologie et Parasitologie - FMP Rabat.

د. كمال النقاري

اختصاصي في التحاليل الطبية

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

Date du prélèvement : 09-12-2021 à 11:18

Code patient : 2111080023

Né(e) le : 26-01-1955 (66 ans)



Mr Azzedine HAYANI MECHKOURI

Dossier N° : 2112090073

Prescripteur :

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéines totales

(Dosage colorimétrique – Roche)

70.6 g/L

(56.0-83.0)

Lactate-déshydrogénase (LDH)

(Dosage enzymatique IFCC – Roche)

185.0 UI/L

(225.0-450.0)

Validé par : Dr. Kamal NAKARI

LABORATOIRE IBN SINA D'ANALYSES MÉDICALES
Dr. Kamal NAKARI
Biologiste
461 Angle Av. Mohamed V et Ibn Zaraa
Bureau n°4, 1er étage Nakhela 3 - Kénitra
Tél.: 05 37 32 79 29
Fax : 05 37 32 79 24