

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.

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° W21-662100

98699

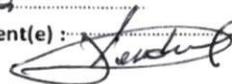
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 3718		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : KANDOUL Hassan			
Date de naissance : 30/09/52			
Adresse : Lot 612 - Quartier SAYAD1 Kenitra 14000			
Tél. : 06 01 27 82 89		Total des frais engagés : 403,20 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
CENTRE D'HEMODIALYSE MAAMORA Dr Aziza Laalou - Naciri Nephrologue 81, Rue LAMHANNED KACEM BIR RAMI Tél. : 05 37 37 92 00 - Fax : 05 37 37 70 11			
Date de consultation : 30/10/2021			
Nom et prénom du malade : FAYSSAL YOUSSEF Age : 63 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : ERC de l'artère iléale droite			
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

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 31/10/2021

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W21-662100	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricole : 3718	
Nom de l'adhérent(e) : FAYSSAL YOUSSEF	
Total des frais engagés : 403,20	
Date de dépôt :	

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 règlement des Actes
30/12/21				INP N° : 0530017122 CENTRE D'HEMODIALYSE Nephrologue Dr AZIZA LOALOU - Nephrologue MAMOUN KACEM-BERBANI 81, Rue Lamine Gdeid, 1000, Fax : 05 37 31 65 16

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	30/12/21	329,60

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LA PHARMACIE ABDOU	30/12/21	13,140 =>	78,600,12
		INP N° : 0530017122	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P 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.

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 :
				INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Début d'exécution <input type="text"/>
				Fin d'exécution <input type="text"/>
				Coefficient des travaux <input type="text"/>
				Montants des soins <input type="text"/>
				Date du devis <input type="text"/>
				Date de l'exécution <input type="text"/>

ODF PROTHÈSES DENTAIRES

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	B

DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D	B

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION**

6 118001 040049

Fabricant :

HERMES PHARMA GmbH
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG
AUTRICHE
BOTTU SA PPV : 107 DH 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

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00

Dr. Aziza LAALOU - NACIRI

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris V

Mme Fatima Jallila

ناصري

ي والكلية الإصطناعية

طب بباريس

80-12-

20,00 x 2 = 40,00

1) Sintrom 400g = 1/2 p/1

51,60

2) Tardyferon Bg. 1/3

107,70

3) Cali 1000 = 1/3

QSP 21 mis

125,30

4) Vaxigrip Tetra

CENTRE D'HEMODIALYSE MAAMORA
Dr Aziza Laalou - Naciri
Nephrologue
81, RUE LAMHANNED KACEM BIR RAMI
Tél. 05 37 37 70 70 - Fax: 05 37 37 70 11
CoMMR

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 المهندق قاسم، بشر الراامي
(قرب المحكمة الابتدائية) - القنيطرة

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

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1.
Ain sebâ Casablanca
VaxigripTetra 15 µg/0,5 ml
sol inj b1

P.P.V : 125,30 DH

6 118001 082247



CENTRE D'HÉMODIALYSE MAAMORA

مركز الكلية الإصطناعية معهورة

Dr. Aziza LAALOU - NACIRI

Spécialiste en Néphrologie - Hémodialyse

Diplômée de la Faculté de Médecine de Paris V

PC Fathia Jallila

frein patogee 51

TP

LABORATOIRE ITTIHAD
Dr. AZIZA LAALOU Abderrahman
Tél. 05 37 37 64 87
Fax. 05 37 37 65 16

CENTRE D'HEMODIALYSE MAAMORA
Dr Aziza Laalou - Naciri
Nephrologue
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 المهندق قاسم، بثرب الرامي
(قرب المحكمة الابتدائية) - القنيطرة
الهاتف : 05 37 37 70 70 - الفاكس : 05 37 37 70 11

ICE N° : 001654673000089

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 118613

KENITRA Le : 30/12/2021

Analyses effectuées le: 30/12/2021

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
Dr.ZARHLOUL Abderrahman
Medecin Biologiste
Tél.. 05 37 37 64 87
Fax: 05 37 37 65 16



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 الرحمن

طبيب إختصاصي في التحاليلات الطبية

ملحق سابقًا بالمستشفى الجامعي

أين سينا الرباط

Mme FAHIMI JAMILA

Médecin: Dr. AZIZA LAALOU-NACIRI

Référence: 11230619 du : 30/12/2021

HEMOSTASE

Valeurs de référence

Technique : Autaumate STA Satellite STAGO

TP (Sous AVK)	29	%	25 à 35
I.N.R Sous A.V.K.....	2.93		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 atérielle | 3 à 4.5 |
| - Valves cardiaques , Mécaniques | 3 à 4.5 |

LABORATOIRE ITTIHAD
Dr. ZARHLOUL Abderrahman
Médecin Biologiste
Tél.: 05 37 37 64 87
Fax: 05 37 37 68 16