

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## aladie 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- 049238

ND: 30514

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre : .....

Nom & Prénom : ..... TAÏSSI Abderafi H.

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 066 2.200379

Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age : .....

Enfant

Nature de la maladie : .....

LEPCA TAÏSSI

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 : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19- 049238

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).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

## 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 | 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.

MUPRAS - Agence de la Mutualité Sociale - Avenue Hassan II - Casablanca - Maroc - Tél. : 0522 39 01 12/06 61 15 78 00 - www.mupras.com

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule :	666	Société :
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : TAHIRI Abdessif		
Date de naissance : 10-01-1939		
Adresse : 6 Rue KSER EL BADIR 2mltuny Casablanca		
Tél. : 0661-200329 Total des frais engagés : 160 Dhs Dhs		

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
<p>Dr. ALAMI M Professeur en Cardiologie 84 Bd Ghazi - Casablanca 05 22 39 01 12/06 61 15 78 00</p>		
Date de consultation : 09/03/2020		
Nom et prénom du malade : TAHIRI AYLA Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : FA Seins AVK		
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 : Casablanca le  
Signature de l'adhérent(e) : A. TAHIRI

Le : 19/03/2020

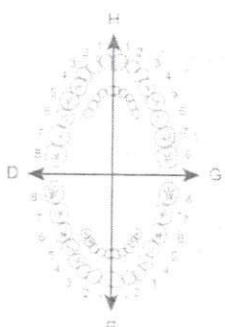
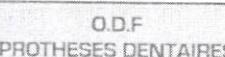
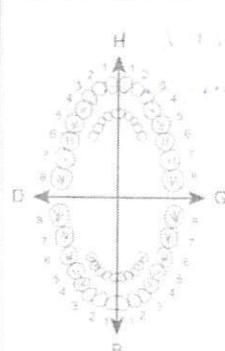
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Dr. ALAMI M Professeur en Cardiologie 264 Bd Chandi - Casablanca Tél. 0522 39 04 12/06 61 15 78 05 91005520
*19/2/20 Demande de Bilan	Actes	1	Dr. ALAMI M	
09/03/20 Demande de Bilan	Actes	1	Dr. ALAMI M	
			Professeur en Cardiologie	
			264 Bd Chandi - Casablanca	
			Tél. 0522 39 04 12/06 61 15 78 05	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	14.02.2020	$(B_{40} + P_2)$	80 DH
	14.02.2020	$(B_{40} + P_2)$	80 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
	AM	PC	IM	IV	

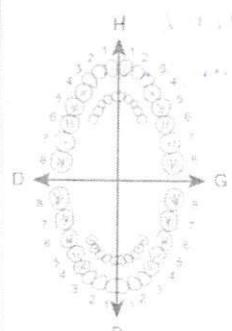
## VOLET ADHERENT

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



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

	COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	MONTANTS DES SOINS		
	DEBUT D'EXECUTION		
	FIN D'EXECUTION		
	<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
		$  \begin{array}{c}  H \\  \begin{array}{c c}  05533412 & 01432552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  05533411 & 11432553  \end{array} \\  D \qquad \qquad \qquad G  \end{array}  $	
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse			
COEFFICIENT DES TRAVAUX			
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			

# Professeur Mohamed Alami

Cardiologue

Spécialiste des Maladies

du Cœur et des Vaisseaux

Le 09.03.2020

Mme TAHIRI LAILA

## Demande d'examen biologique

- TP - INR

Dr. ALAMI M  
Professeur en Cardiologie  
264, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél. 05 22 39 01 12/06 61 15 78 06

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MÉDICALES ARMES  
55, Av. Moulay Hassan 1er - Casablanca  
Tél. : 05 22 27 19 70 05 22 27 86 57  
Fax : 05 22 26

A. ALAMI  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Paris

H. LAZRAQ  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Reims

Dossier ouvert le : 12/03/20

Edition du : 24/06/20

Page : 2

Madame TAHIRI JOUTEI LAILA

Docteur MOHAMED ALAMI

Réf. : 20C642



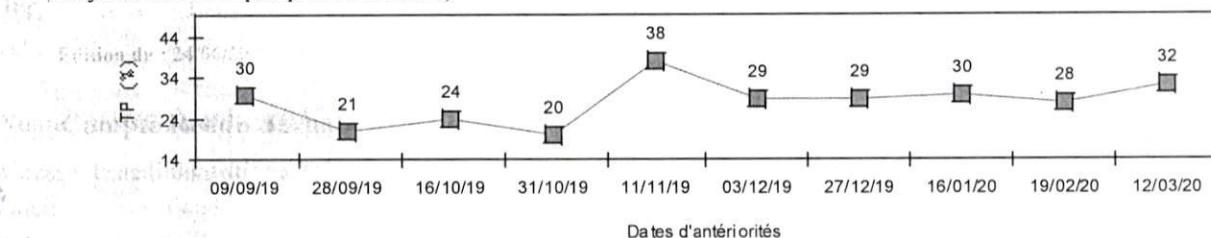
### Compte Rendu d'Analyses

#### HEMOSTASE ( sur automate STA Satellite STAGO)

		Normales	Antériorités
* TAUX DE PROTHROMBINE (TP)	: 32 %	> 70 (Sauf si traitement)	19/02/20 28

(Thromboplastine : Réactif stago ISI = 1,05)

(modification de la technique à partir du 10/01/2020)



#### TEMPS DE QUICK (TQ)

Sujet : 31,1 sec.  
(Témoin : 13,3 sec.)

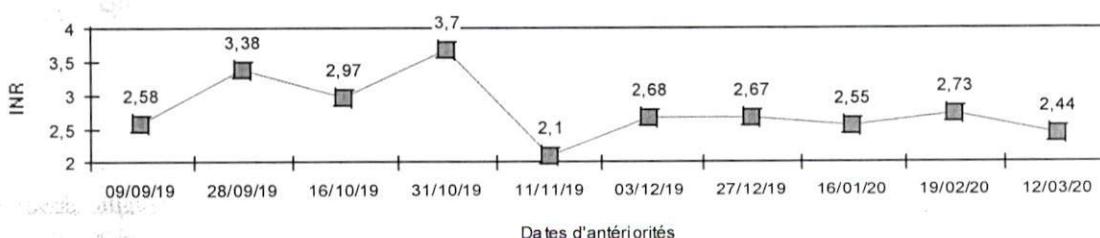
I.N.R. : 2,44 (Zone thérapeutique : 2,5 à 4,5) 2,73

#### Zones thérapeutiques recommandées

INR entre 2,0 & 3,0

- \* Thromboses veineuses profondes et Embolie pulmonaire
- \* Fibrillations auriculaires
- \* Prothèse valvulaire Biologique
- \* Prothèses valvulaires mécaniques / mitrale ou aortique
- \* Valvulopathies mitrales

INR entre 3,0 & 4,5



Hicham LAZRAQ  
PHARMACIEN BILOGISTE  
LABORATOIRES ARMES

شارع مولاي الحسن الأول 55  
الدار البيضاء 20070  
55, Av. Moulay Hassan 1er  
Casablanca 20070

A. ALAMI

H. LAZRAQ



مختبر التحاليلات و الأبحاث الطبية و العلمية  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ARMES

A. ALAMI  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Paris

H. LAZRAQ  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Reims

Casablanca le 12 mars 2020

Madame TAHIRI JOUTEI LAILA

FACTURE N°	1982
------------	------

Analyses :			
Taux de Prothrombine + INR -----	B	40	Total : B 40
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER		80,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre vingt Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES ARMES  
55, Av. Moulai Hassan 1er - Casablanca  
Tél : 05 22 27 86 57 - Fax : 05 22 26 02 47 - E-mail : drlazraqhicham@gmail.com - Patente : 35500316 - CNSS : 1519753 - ICE : 00174509700034  
I.F : 40300165 - INPE : 093000065 - Domiciliation Bancaire : SGMB Agence "A" - 84, Bd. Med V Casa - RIB : 022 780 000 001 00 063 179/49 74

شارع مولاي الحسن الأول  
الدار البيضاء 20070  
55, Av. Moulai Hassan 1er - Casablanca 20070

# Professeur Mohamed Alami

Cardiologue

Spécialiste des Maladies  
du Cœur et des Vaisseaux

Le 19.02.2020

Mme TAHIRI LAILA

## Demande d'examen biologique

- TP - INR

Dr. ALAMI M  
Professeur en Cardiologie  
264, Bd. Ghandi - Casablanca  
Tél. 0522390112/0661157806

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MÉDICALES ARMES  
551 Av. Moulay Hassan Ier - Casablanca  
Tél. 0522271919/0522278657  
Fax 05222706

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ARMES



**A. ALAMI**

Pharmacien Biogiste diplômé de la Faculté de Paris

**H.LAZRAQ**

Pharmacien Biogiste diplômé de la Faculté de Reims

**Tel** : 05 22 27 19 70 / 05 22 27 86 57

**Fax** : 05 22 26 02 47

**E mail** : drlazraqhicham@gmail.com

**Adresse** : 55 Avenue Moulay HASSAN 1er  
20070 CASABLANCA

Dossier ouvert le : 19/02/20

Edition du : 19/02/20

**Madame TAHIRI JOUTEI LAILA**

**Docteur MOHAMED ALAMI**

Réf. : 20B1058 3111

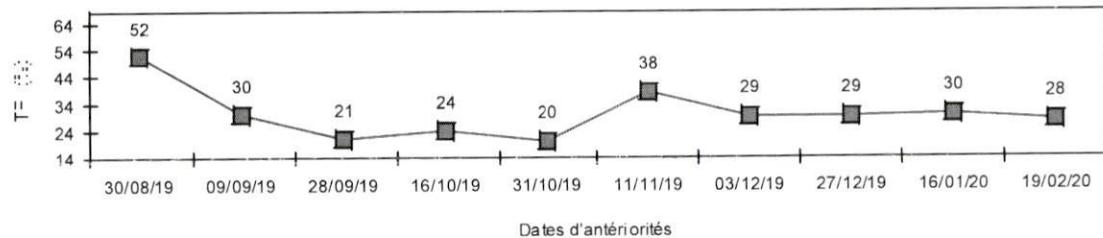
Page : 1

## Compte Rendu d'Analyses

### HEMOSTASE ( sur automate STA Satellite STAGO)

		<b>Normales</b>	<b>Antériorités</b>
* TAUX DE PROTHROMBINE (TP)	:	28 %	16/01/20 > 70 (Sauf si traitement) 30

(Thromboplastine : Réactif stago ISI = 1,05)  
(modification de la technique à partir du 10/01/2020)



#### TEMPS DE QUICK (TQ)

Sujet : **34,6** sec.  
(Témoin : **13,3** sec.)

I.N.R. : **2,73** (Zone thérapeutique : 2,5 à 4,5) 2,55

#### Zones thérapeutiques recommandées

INR entre 2,0 & 3,0

\* Thromboses veineuses profondes et Embolie pulmonaire

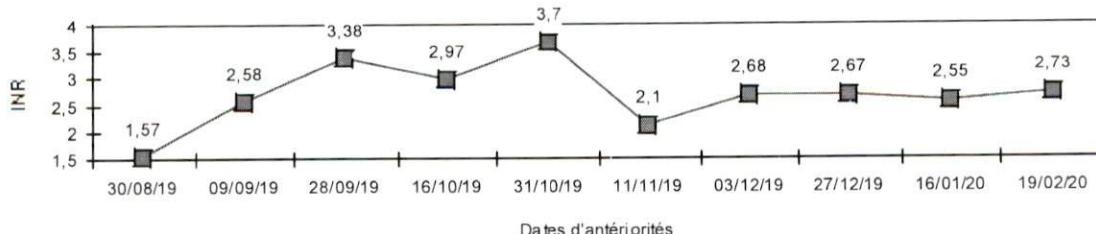
\* Fibrillations auriculaires

\* Prothèse valvulaire Biologique

INR entre 3,0 & 4,5

\* Prothèse valvulaires mécaniques / mitrale ou aortique

\* Valvulopathies mitrales





# مختبر التحاليل و الأبحاث الطبية و العلمية

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ARMES

A. ALAMI  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Paris

H. LAZRAQ  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Reims

Casablanca le 19 février 2020

Madame TAHIRI JOUTEI LAILA

FACTURE N°	1521
------------	------

Analyses :

Taux de Prothrombine + INR -----	B	40	Total : B 40
----------------------------------	---	----	--------------

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER 80,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre vingt Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES ARMES  
55, Av. Moulay Hassan 1er - Casablanca  
Tel : 0522 27 86 51  
Fax : 0522 27 86 56

شارع مولاي الحسن الأول  
الدار البيضاء 20070  
55, Av. Moulay Hassan 1er  
Casablanca 20070