

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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



4115
3396
Déclaration de Maladie

M22- 0007298

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4115

Société : RAH

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : R

Nom & Prénom : Sifeddine Abdallah

Date de naissance : 04.08.1955

Adresse : 16 Passage 4 Tassin I. Benekid

Tél. : 06.74.20.75.33 Total des frais engagés : 1973,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/10/2022

Nom et prénom du malade : Sifeddine Abdallah

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : DM II ; HTA ; Anxiété

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : Benekid

Le : 16/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
04/10/22	CA		150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

04/10/22

1823,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

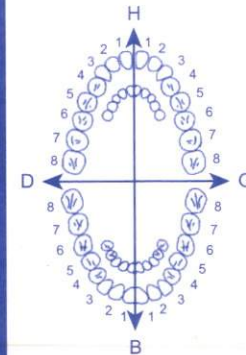
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

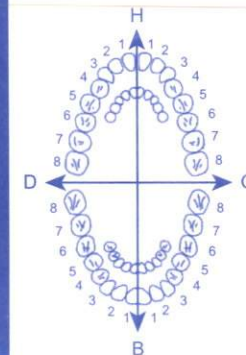
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

N° 7115



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

code : PR2FR04

Version : 01

Date : 24/05/2022

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom :

Matricule :

N° CIN : 8537055

Adresse : 16 Passage 4 Tassin II Benekhal

Bénéficiaire de soins : ☒ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne :

Spécialité : Généraliste

N° ICE : 002627784000027 N° INPE : 061173340

Certifie que Mlle, Mme, M. : Sifeddine Abdellah

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

DNID
HTA
Anxiété
HbA1C : 5.80%

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : sulivat 160/5, Lantus glargine
Glucoban Ce 500/2.5, Lysanar 25

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Benekhal le 04/10/2022

Cachet et signature du médecin traitant :

* Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées

Me = 7115

Docteur Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université
de Rennes en France

ICE : 002027784000027

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

Berrachid, le

04-10-2022

برشيد

744

3x42

3x42

2x38

PHARMACIE ALI HANOU BERRACHID
Dr FOUZA JAMIL
Ldt - AL HANOU AL JAMIL
Tél : 05 22 32 44 55

Si feddine Abdellah

1) Lantus soloStar

17us lesni

2) Glucovance soloStar

18/8 lesni

3) sulicart 160/5

18/8 lesni

4) Lantus soloStar

18/8 lesni

5) Lysanxia

18/8 lesni

41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1^{er} étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

06 76 45 48 49 : المحمول : 05 22 32 44 55 : الهاتف : الهاتف : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

6) Vigamfer
188

250110
188

7) Alvityl capsule
188

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1
Ain Sebâa 20250 - Casablanca
ANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5
P.P.V. : 744DH00

118001 081615

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

Glucovance 500 mg/ 2.5 mg
Comprimés pelliculés B/30

PPV: 42.00 DH

185,20

185,20

185,20

DOCTEUR MOHAMED TAJM
41 RUE TAJM
BORDJ BOU
05 22 53 32 82

PHARMACIE AL HANO - BORDJ
Dr FOUDA
Lot - AL HANO AL JAMIL
Tél : 05 22 53 32 82

6 118001 040384
LAROXYL 25 mg

(Chlorhydrate d'amitriptyline)
60 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70

6 118001 040384
LAROXYL 25 mg

(Chlorhydrate d'amitriptyline)
60 comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV: 38 DH 70

LOT N°:

UT. AV: 21691 09/24
105,00

PPC (DH):

LOT N°:

UT. AV: 21692 09/24
105,00

PPC (DH):

STERIPHARMA
complément
alimentaire n'est pas
médicament
PPC: 110,00 dh