

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7115** Société : **RAH**

Actif Pensionné(e) Autre : **R**

Nom & Prénom : **Sifeddine Abdallah**

Date de naissance : **04.08.1955**

Adresse : **16 Passage 4. Tissin II. Bennechid**

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

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **04.10.2018**

Nom et prénom du malade : **Sifeddine Abdallah** Age : **63**

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : **DNIS + HTA**

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : **HTA**

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 : **Benchedid** Le : **16/10/2018**

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
04/10/2010	Acte de consultation	1	150,00	DOCTEUR NATHANIEL LORIS RECETAILLE 06 85 76 45 43

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/10/22	1823,-

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

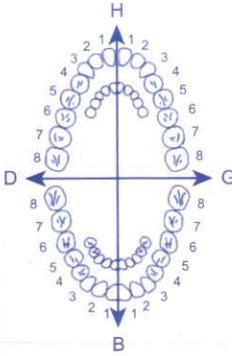
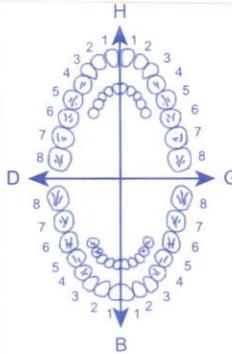
AUXILIAIRES MEDICAUX

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												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="text-align: left;">25533412</td> <td style="text-align: right;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> <td style="text-align: right;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="text-align: left;">35533411</td> <td style="text-align: right;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS												
			DATE DU DEVIS												
			DATE DE L'EXECUTION												

M^e M^e 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 :

Sifeddine Abdellah

Matricule :

7115

N° CIN : B537055

Adresse : 16 Passage 4 Tissir II Benchebil

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 :

-DNI
-HTA
-Anémie HbA1C : 5,80%

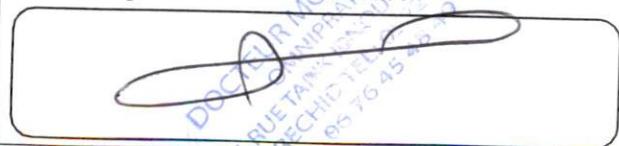
Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit : solutab 160/6, Lantus solostar
Glicozan 500/2,5, Lantus 25
Lysandry

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Bencheddou 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 garantie la confidentialité des informations communiquées

Docteur Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027

$M_e = 7115$

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

Berrachid, le 04-10-2022 برشيد



1) feddine Abdellah
Centres solo (S)
1708 le sri

2) Glucovance 500/50
187 le sri

3) sulbut 100/5
182 le sri

4) usayf 25
188 le sri

5) lysandria 188 le sri

06 76 45 48 49 - المحمول : 05 22 32 44 55 - الهاتف : 41، زنقة طارق ابن زياد الطابق الاول برشيد

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

6) Viganfer
Zebrawood 188

22

~~Nov 10~~
7) Alw. & yl cpmple
188
1881


sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P1-
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
ANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B5
P.P.V. : 744DH00

A standard linear barcode representing the number 118001081615.

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: 43.00 DU

• V. 42.00 DH

Glucovalence 500 mg / 2.5 mg
Comprimés pelliculés B/30

IPV: 42.00 DH

18518

185,20

185.90

PHARMACIE AL HAMAD - BIARRITCH
Dr FOUZI BEN AMANI
LOT - AL HAMARRAL JAMI
Tél : 05 22 53 82 82

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