

~~RECOMMANDATIONS~~  
~~ACTIVER LES REMBOURS~~  
~~IMPORTEES~~  
~~POUR~~  
~~ET LUTTER 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 6 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

- 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.

173205

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 16597 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ABDELKARIM ABDELLAH

Date de naissance : 10/08/1961

Adresse : ANAHT AV. DADOU ET YOUSSEF 10000 TANJAINE  
Tunisie

Tél. : 06 59 55 39 57 Total des frais engagés : 666,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/08/2023

Nom et prénom du malade : Abdelkarim-Abdelkader Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : AL-hypochondre - R. 30/2023

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 : Tunis

Le : 01/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° M21-054583

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 : 16597

Nom de l'adhérent(e) : A. ABDELKARIM

Total des frais engagés : 441,80 Dhs

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 Paiement des Actes
01-08-23	C		250 DH	Dr. Sami Diabétopologue et Nutritionniste Avenue Mohamed V 16120 Tanger Tél: 05 39 94 69 10

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL ANDALUS 118, BELLEVUE STATION TEL: 05 39 94 69 10 TANGER	01.08.23	191,80

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

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				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.

Le praticien est prié de préciser ci-dessous les soins effectués, 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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H 25533412 21433552 D 00000000 00000000 G 00000000 00000000 B 35533411 11433553	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

	COEFFICIENT DES TRAVAUX		
	DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Sanae Nasri

Lauréate des Facultés de Médecine  
de Rabat et Montpellier  
Ancien Médecin interne à l'hôpital  
Eugène André à Lyon en France

Diabétologie, Diététique Médicale et Nutrition  
Echographie, Médecine Générale



# الدكتورة سنا ناصري

خريجية كلية الطب بالرباط و مونبليي  
طبيبة داخلية سابقة بمستشفى  
أوجين أندرى بليون بفرنسا

داء السكري ، الحمية الطبية ، التغذية  
إيكوغرافيا ، الطب العام

Tanger le : 01/08/2023

## M ABDELKARIM ABDELLATIF

### COMPRESSES HUMIDES



1 Application 20 minutes pls fois par jour

### VITANEVRIL FORT COMPRIMÉ DRAGÉIFIÉ BOÎTE DE 30

1 Comprimé le matin 1 Comprimé le soir après le repas  
pendant 15 jours

### CEDOL 400MG/20MG COMPRIMÉ BOÎTE DE 20

2 Comprimés le matin 2 Comprimés le soir après le repas  
pendant 10 jours

### DERMASEPT SPRAY

1 Application le matin, 1 Application le soir pendant 10  
jours

محلية الأنف  
PHARMACIE AL ANDALOUS  
Dr. Benjelloun Fouad  
118, BOULEVARD MOHAMMED V  
TEL: 05 34 53 60 10  
TANGER

Dr. Sanae Nasri  
Diabétologie et Médecine Générale  
Angle Av. Prince Heritier et Ibn Haytem, Res Mahmoudia 1 bureau N°6 Tanger  
Tel: 05 34 53 60 10  
Mobile: 05 34 53 60 10  
Fax: 05 34 53 60 10  
Email: sanaekasm@yahoo.fr

زاوية شارع ولد العهد و ابن الهيثم، إقامة المحمدية 1، عيادة 6 طبقة

Angle Av. Prince Heritier et Ibn Haytem, Res Mahmoudia 1 bureau N°6 Tanger

+212 (0) 654 64 53 60

+212 (0) 539 34 20 26

sanaekasm@yahoo.fr



# فموي ستاتور بيل

بنفوتيا مين 100 ملخ

Après

11

30 جبة ملبيسة

عن طريق الفم

PPV

LOT

PER

25,80



## Composition:

Benfotiamine .....

100 mg

Excipients q.s.p. .... 1 comprimé pelliculé

Excipients à effet notoire :

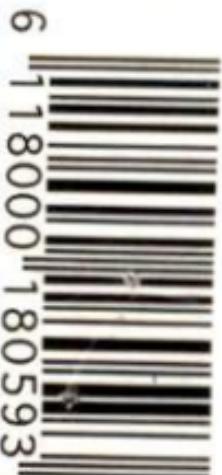
lactose, saccharose

lire attentivement la notice avant utilisation

ne pas laisser à la portée des enfants

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

سيدول

باراستامول / كوديبلن



20 حبة

عن طريق الفم

ستديك

Céadol®

20 Comprimés

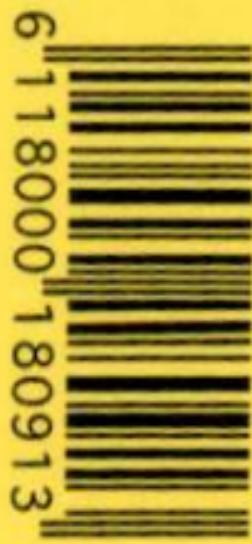


22,00

# سيدو

باراستامول / كودين

Cédol®  
20 Comprimés



Après

20

2 نهار

عن طريق الفم

ستتمديك

88,00