

# 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 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Déclaration de Maladie**

Nº M21- 0018900

174247

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5279

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ANBAY Fatiha Ep BENIDANNA

Date de naissance :

14/5/55

Adresse :

1 Rue Aïn Aghbal City SALAM. CASA. GI

Tél. : 06 62 55 56 41

Total des frais engagés : 64781 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation :

26/07/2013

Nom et prénom du malade :

ANBAY Fatiha

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

polyarthrite

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 : 26/07/2013

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06/04/23	C2		25000	<i>Dr EZZEDINE CHAILAGEN INP : 11062683</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>BARCHIL Hofida Laureat de la faculte de pharmacie tunisienne Dar Lamine Route National Casablanca N° 1106268002</i>	06/04/23	# 157,00 #

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Analyses Médicales</i>	04/04/23	BB	240DA

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 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			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		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

Dr. EZZIDI NOUREDDINE

SPECIALISTE  
EN CHIRURGIE GENERALE

الدكتور الزيدى نور الدين

اختصاصي  
في الجراحة العامة

ORDONNANCE

Safi, le :

٦/٦/٢٣

ELANSHY FATHA

① MIXTARD 30

32 UI en SC

le J<sup>ا</sup> -

16 UI en SC

le K<sup>ا</sup>  
*Dr EZZIDI NOUREDDINE*  
CHIRURGIEN  
Tél : 06111062683  
INP : 111062683

② Adol

٢٩.٥٠  
Laud de Xylo  
Dr. Zine El Abidine  
Tél : 06111062683  
INP : 111062683

(S.V)

1cc x 2 |

(S.V)

③ DOLPHANT 100  
10.30

145 x 2 |

(S.V)

④ DVOX 500  
37.00

149 x 3 | 157.00

*DR EZZIDI NOUREDDINE*

Adresse: Appt. 2 - N° 36 Avenue Sidi Mohamed Ben Abdellah - Ville Nouvelle - SAFI  
Tél.: 061110995 / 06169618226 - INP: 111062683 - Email: ezzidi52@hotmail.com

⑤ ENALAPRIL 10  
30.40

INP: 111062683

**DUOXOL** 500mg/2mg جووكسول  
Boîte de 20 comprimés علبة من 20 قرصاً

37,00

PPV: 10DH30  
PER: 08/25  
LOT: L2790



8 032578 477337

Lot: 220998  
À consommer  
avant le: 12/2025  
PPC: 79,00 DH

Pharmacie



Dr. EZZIDI NOUREDDINE

SPECIALISTE  
EN CHIRURGIE GENERALE

الدكتور الزيري نور الدين

اختصاصي  
في الجراحة العامة

ORDONNANCE

14 Jan  
R° FATHIA HADJ DRI  
Dr EZZIDI NOUREDDINE  
CHIRURGIEN  
Tél: 06 61 10 99 95  
M: 06 61 10 99 95  
INP: 11062683

Safi, le :

03/07/23

- Glycémie à jeun

- HB glycémie

- NFS

M.F



الدكتور الزيري نور الدين  
Dr EZZIDI Noureddine  
CHIRURGIEN  
Tél 06 61 10 99 95 / INP 11062683

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DJERIFAT

Dr. Zouhair AIT HMAD

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la faculté de Pharmacie  
de Strasbourg - France



مختبر التحاليل الطبية الجريفات

الدكتور ايت حماد زهير

صيدلاني احیائی

خريج كلية الصيدلة

بسترسبورغ - فرنسا

Diplômes d'études spécialisées (DES) en : Biochimie clinique, Hématologie, Bactériologie, Virologie, Parasitologie et Mycologie.

Prélèvement du : 04/07/2023

Edition du : 04/07/2023

Référence : 307NC04163



Mme EL ANBRY FATIMA

Né(e) le : / / Mat.:

Code Patient 4CV7940

04/07/2023

Médecin: Dr.

## NUMERATION & FORMULE SANGUINE

HORIBA 26 Paramètres

Paramètre	Résultat	Unité	Normes Femme
- Hématies.....	5.64	M/mm <sup>3</sup> .	(4.0 - 5.4)
- Hémoglobine.....	14.5	g/dl	(11.5 - 15.5)
- Hematocrite .....	51.6	%	(35 - 47)
- V.G.M .....	91.5	fL	(80 - 95)
- T.C.M.H.....	25.7	pg	(27 - 32)
- C.C.M.H.....	28.1	%	(32 - 36)
- Plaquettes .....	356	mille/mm <sup>3</sup>	(150 - 400)

Paramètre	Résultat	Unité	Normes Femme
- Leucocytes.....	9.8	Milles/mm <sup>3</sup> .	(3 - 10)
- Polynucléaires Neutrophiles: 66.8	Soit: 6.55		(2 - 7.5)
- Polynucléaires Eosinophiles: 3	Soit: 0.29		(< 0.4)
- Polynucléaires Basophiles...: 0.7	Soit: 0.07		(< 0.1)
- Lymphocytes.....	24.3	Soit: 2.38	(1.5 - 4)
- Monoctyes .....	5.2	Soit: 0.51	(0.1 - 0.8)
Soit.....	100. %		

## BIOCHIMIE

SUR AUTOMATE DE BIOCHIMIE

Analyses	Résultats	Unité	Norme	Antécédents
----------	-----------	-------	-------	-------------

Glycémie à jeun.....: 3.06  
Soit.....: 17.01 g/l mmol/l (0.7 - 1.1)  
(3.89 - 6.11)

Hémoglobine Glycosylée.: 8.7  
(Technique: HPLC 10 bar) % (3.5 - 6.5)

Dr. AIT HMAD ZOHAIR  
Pharmacien Biologiste

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DJERIFAT

2, Avenu Kennedy Safi Tél.: 0524.46.46.43 Fax: 0524.46.45.96

Dr. Z.,AIT HMAD - Pharmacien Biologiste -

Patente: 46756531 CNSS: 2469014 IF: 66702528 RIB:007590000000247200012584  
ICE: 001649320000090 Attijari Wafabank Safi Expansion

Facture N°: 4CV7940

Date de Facturation...: 04/07/2023

Nom Prénom.....: Mme EL ANBRY FATIMA

Matricule.....:

Sur prescription du: Dr.

Organisme.....:

N° P E C /Fille Soin...:

## Analyses et cotation B:

GAJ=B30 HBA1C=B100 NFS=B80



Un prélèvement....: 10.00 DH

**Total B.....: 210**

**Montant Net : 240.00 DH**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX CENT QUARANTE Dhs 00 Cts