

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

202798

M23- N° 0043683

Maladie Dentaire Optique Autres

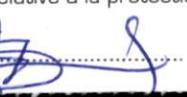
Matricule : 7115	Société : RAK R	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : Sifeddine Abdallah		
Date de naissance : 04.08.1955		
Adresse : 16 Passage 4 Timi II. Benchedid		
Tél. : 06 74 20 75 33	Total des frais engagés : 1862,70 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
DOCTEUR MOUNA TAMIM Omnipraticien Rue Tarik Ibnou Ziad Etg.1 Bab Chellal / Tel. 0522 32 44 51 Age: 41	
Date de consultation : 05.04.2024	Nom et prénom du malade : Sifeddine Abdallah
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie : HTA + DM	
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : Benchedid

Le : 21/04/2024

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
05/14/24	CA		200,00	<i>DR M. TANK IBNOU ZAMM Omar Fouzia Riani Berrechid / Tel: 0522 32 49 Gsm: 06 76 45 48 49</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE AL HAMD - BERRECHID Dr. FOUZIA RIANI Le - AL MANDAR AL JAMIL Tél: 0522 32 49 49</i>	5/14/24	1542,70 DH.

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Berrechid Pharmacien Biologiste * Laboratoire Clinique Elizzi</i>	05/14/24		120,00

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															
ODF PROTHESES DENTAIRES				MONTANTS DES SOINS															
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			
H	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
B																			
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				DEBUT D'EXECUTION															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				FIN D'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR Mouna TAMIM

OMNIPRATICIENNE
ECHOGRAPHIE
MÉDECINE DU TRAVAIL
Diplômée de l'Université
de Rennes en France
ICE : 002027784000027

م ٧٨١

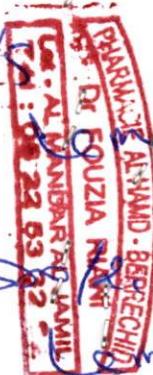
الدكتورة منى تميم

الطب العام
الفحص بالصدى
طب الشغل
حاصلة على диплом
من جامعة "رين" بفرنسا
INPE : 061173340

Berrechid, le : 05.04.2011 برشيد، في :

Zifeddine Al Sallah

1) Lantus solo forte 744,00 mg x 3. 17 us/g le sri
M 18,92 es suliat 160/5
4) 12,00 x 3. 18/8
3) Glucovance 36,40 x 2 18/8
5) Laxoxyl 25 18/8
23,10 18/8 le sri
21,60 18/8 18/8
Lysantra 18/8 18/8
Velox 18/8 18/8



Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat-R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Lantus 100U/ml. Inj b6 sty

P.P.V : 744,00 DH

6 118001 081615

185,20

185,20

185,20 x 3

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

PPV: 36 DH 20

PPV: 36 DH 20

UT. AV : 02 2025

P.P.V

23 10

LOT N°: GF 1154 V 2

LYSANXIA 10MG 40 CPS

P.P.V: 21DH60

Pharm
Laboratoires
SA

6 118001 250289

DOCTEUR Mouna TAMIM

OMNIPRATICIENNE
ECHOGRAPHIE
MÉDECINE DU TRAVAIL
Diplômée de l'Université
de Rennes en France
ICE : 002027784000027

٤١٨٥

الدكتورة منى تميم

الطب العام
الفحص بالصدى
طب الشغل
حاصلة على الدبلوم
من جامعة "رين" بفرنسا
INPE : 061173340

Berrechid, le : ٠٥.٠٤.٢٠٢٤ برشيد، في :

Sifeddine Abdallah

٤٦٦٣٧٩٤



DOCTEUR MOUNA TAMIM
41 Rue Tariq Ibnou Ziad
Berrechid 45120
GSM: 0676.45.48.49
Télé: 0522.32.44.55
Fax: 0522.32.44.55
E-mail: mounatamim@outlook.com

FACTURE N° : 24004706

BERRECHID : 05/04/2024

Nom et Prénom ... : Monsieur Abdallah SIFEDDINE

Prescripteur : Dr. TAMIM MOUNA

CODE	ANALYSES	Clé	B/HN	PRIX EN DH
B 119	HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE	B	100	110,00

Montant Net : 120,00 Dhs (Soit 100 B/ 0 HN)

Arrêtée la présente facture à la somme de:
 Cent vingt Dirhams et zéro centime



INPE 063060990



Dr. A HAWAZINE

Dr. TAMIM MOUNA

Date du prélèvement : 05/04/24

Dossier édité le : 05/04/2024

Code Patient : 29193



Mr. SIFEDDINE Abdallah

Page : 1 / 1

Prélèvement Effectué au Laboratoire

050424 004

BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i

Valeurs de référence

Antécédents

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C) . . . : 7.4 %
HPLC(Chromatographie liquide haute pression) sur automate ADAMS : Technique de référence.

04/01/24 : 6.8

-L'hémoglobine glyquée d'un sujet normal ou d'un diabétique équilibré se situe entre 4 et 6%
 -L'hémoglobine glyquée d'un sujet diabétique non traité ou non équilibré est supérieure à 8,5%



INPE 063060990