

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0048124

Maladie

Dentaire

N°D:  
15556.

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>7115</u>	Société : <u>RAT</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : <u>R</u>
Nom & Prénom : <u>SIFENDINE Abdallah</u>		
Date de naissance : <u>04-08-1955</u>		
Adresse : <u>16, passage 4. Tissi II BERRECHID</u>		
Tél. : <u>06.74.20.75.33</u>	Total des frais engagés : <u>70.610</u>	Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/06/2020

Nom et prénom du malade : Khalid Sifendine Age : 65

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DNI

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 : BERRECHID

Le : 06/01/2020

Signature de l'adhérent(e) : B.S.F



# 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
03/01/2020	CA		150,-	DOCTEUR MOUSSA OMAR TARIK NOUZIF 41 QUETARIA FERRACHID TEL: 0522 32 41 06 76 45 48 49

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL MANTARA JAMIL Dr FOUAD JAMIL LOT - AL MANTARA JAMIL TÉL : 05 22 53 32 82	03/01/2020	436,10

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>J</i>	03.01.19	Dr Abdellah EL HAZINE Pharmacien Biologiste	10,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

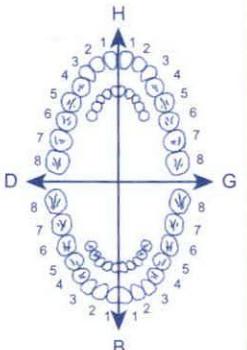
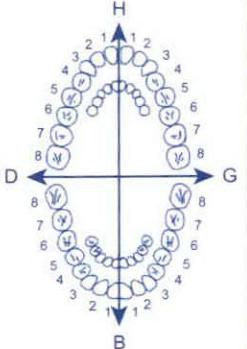
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaire, ainsi que le bilan de

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

**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 الشغف  
حاصلة على الدبلوم  
من جامعة "رين" بفرنسا  
INPE 061173340

Berrechid le

برشید هیل  
03-1220000

Kemum Sana

3x 18.10.10  
1) Tramadol 600  
18 x 2g

6x 2g  
2) Diapormine 600  
18 x 2g

3) Di-meds  
18 x 2g

21.11.10  
4) Litsotax 4  
18 x 2g

14.12.10  
5) Lesm

41 زنقة طارق ابن زياد الطابق الأول ببرشيد - الهاتف : 0522.32.44.55 - المحمول : 0676.45.48.49  
41 Rue Tariq Ibnou Ziad 1<sup>er</sup> étage Berrechid - Tel : 0522.32.44.55 - GSM : 0676.45.48.49

LOT:19096 PER:07/2022  
PPV: 21,00 DH

78,70

78,70

78,70

PPV 21DH00  
PER 07/22  
LOT 11610

→ 21,00

PPV 21DH00  
PER 09/22  
LOT 12169

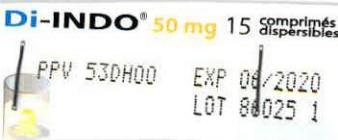
PPV 21DH00  
PER 07/22  
LOT 11630

→ 21,00

PPV 21DH00  
PER 09/22  
LOT 12169

PPV 21DH00  
PER 09/22  
LOT 12169

PPV 21DH00  
PER 09/22  
LOT 12169



valable 3 mois

Le 03/01/2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Kellum Smaïd

Présente

DNI + Arthur

Nécessitant un traitement d'une durée de :

3 mois

Dont ci-joint ordonnance :

Diamilor 60, Difasone 100,  
Dr-mol 25, Vitab

(à défaut noter le traitement prescrit)

## FACTURE N° : 20000060

BERRECHID ..... : 03/01/2020  
 Nom et Prénom ... : Madame Souad KERROUM  
 Prescripteur .... : Dr. TAMIM MOUNA

Bilan :

HBAC B100+

Montant Net ..... : 120,00 Dhs

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

Dr. A HAWAZINE  
**LABORATOIRE CENTRALE ERRAZI**  
  
 Dr. Abdelhamid HAWAZINE  
 Pharmacien Biologiste



INPE 063060990

Dr. TAMIM MOUNA

Date du prélèvement : 03/01/20

Dossier édité le : 03/01/2020

Code Patient : 68563



Mme KERROUM Souad

Page : 1 / 1

Prélèvement Effectué au Laboratoire

030120 010

### BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i

Valeurs de référence

Antécédents

**HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C) . . . : 9,70 %**

03/10/19 : 13.60

HPLC(Chromatographie liquide haute pression) sur automate D10 Bio-Rad : Technique de référence.

- 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%

LABORATOIRE CENTRAL MEDICALESERRAZI  
 RECHERCHE  
 Dr Abdellamid HAWA  
 Pharmacien Biologiste

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 الشغف

حاملاة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE 061173340

\*\*\*\*\*

Berrechid le 03.01.2008 برشيد

Kerdjem Saoud

i) HSA C

DOCTEUR MOUNA TAMIM  
41 RUE OMNIPRATICIEN  
BERRECHID TEL: 0522.32.44.55  
06 76 45 48 49

LABORATOIRE CENTRALEERRAZI  
SERRECHID  
Dr Abdelhamid HAMMEINE  
Pharmacien Biologiste

41 زنقة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 0522.32.44.55 - المحمول : 0676.45.48.49  
41 Rue Tariq Ibnou Ziad 1<sup>er</sup> étage Berrechid - Tel : 0522.32.44.55 - GSM : 0676.45.48.49