

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## ntaire :

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

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7.115 Société : RAT

Actif  Pensionné(e)  Autre : R

Nom & Prénom : SIFEDDINE Abdellah

Date de naissance : 04.08.1955

Adresse : 16. Passage 4. Tisir II BERRECHID

Tél. : 06.74.20.75.33 Total des frais engagés : 1.222.10 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03.01.2008

Nom et prénom du malade : Sifeddine Abdellah Age : 53

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : DNIS + HTA + Anxiété

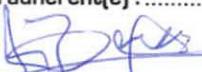
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 06/01/2008

Signature de l'adhérent(e) : Sifeddine Abdellah



# 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		A	150,-	DOC 4 RUE TARIK 13001 BERRECHID TEL: 06 76 45 43 49

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
LEPHARIE AL HANAFI AL FAYD PHARMACY LO - AL MANDAR AL JAMI Tél : 05 26 53 32 82	03-01-2020	1402,10

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE CENTRAL BRAZI BERRECHID Abdelhamid HAWAZI Pharmacien Biologiste	03-01-19		100,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES			DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient des Travaux
			H 25533412 21433552 00000000 00000000	MONTANTS DES SOINS
			D 00000000 00000000 35533411 11433553	DATE DU DEVIS
			B	DATE DE L'EXECUTION
			<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**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. : *ssifeddine Al dalal*

Présente

*HTA + DNI + Anxiété*

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*co-anxiol + lantus + Hypnol  
almetript 25, tysonax, Heintz*

Dont ci-joint ordonnance :

*de 3 mois*

(à défaut noter le traitement prescrit)

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 الشفط

حاملة على диплом  
من جامعة "رين" بفرنسا  
INPE 061173340

\*\*\*\*\* Berrechid le : 03.01.2016 \*\*\*\*\*

3x125, 1) Sfedene Abdallah  
1) co-anæst  $\frac{1}{2}$  188 centre  
2) Lantes glostal 1702 f. Negri  
3) Hyper 188 Lemtria  
4) Leila 188  
5) Yasmin 188 Negri

*(Handwritten notes and a stamp are present on the left side of the list.)*

41 زنقة طارق ابن زيد الطلاق الأول برشيد - الهاتف : 0522.32.44.55 - المحمول : 0676.45.48.49

41 Rue Tariq Ibn Ziad 1<sup>er</sup> étage Berrechid - Tel : 0522.32.44.55 - GSM : 0676.45.48.49

Office: Hépatoct  
1408, 10 / 8 / 2022 Casab  
AS

DOCTEUR MOURAD TAMIM  
OPHTHALMOLOGISTE  
41 RUE TARIK IBNOU ZIAD ETG 1  
BERRECHID TEL: 0522 324455  
06 26 45 48 49



125,00

125,00

125,00

71,50

71,50

71,50

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat -R.P.1.  
Ain sebaâ Casablanca  
Lantus 100U/ml. Inj b5 sty  
P.P.V : 744,00 DH



6 118001 081615

168,60DH  
06/2022  
V176K

## FACTURE N° : 20000059

BERRECHID ..... : 03/01/2020  
 Nom et Prénom .... : Monsieur Abdallah SIFEDDINE  
 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  
 BERRECHID  
 Dr Abdelhamid HAWAZINE  
 Pharmacien Biologiste



INPE 063060990

Dr. TAMIM MOUNA

Date du prélèvement : 03/01/20

Dossier édité le : 03/01/2020

Code Patient : 29193



Mr. SIFEDDINE Abdallah

Page : 1 / 1

Prélèvement Effectué au Laboratoire

030120 011

## BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i

Valeurs de référence

Antécédents

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C) . . . : 9,30 %

03/10/19 : 6.50

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 ERRAZI  
Berrechid  
Dr Abderrahim HAWAZINE  
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 الشفاف

حاملة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE 061173340

\*\*\*\*\*

Berrechid le 03/01/2020 برشيد في

Sif Seline Abdallah

1) 145 An C

LABORATOIRE CENTRALE ERRAZI  
Dr Abdellah Seline Biologiste  
Pharmacie HAWAZINE

DOCTEUR MOUNA TAMIM  
41 RUE TARIQ IBNOU ZIAD 1<sup>er</sup> étage  
BERRECHID 0676.45.48.49 - 0522.32.44.55

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