

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.

Diagnostic 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 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0048123

N°D: 15554
15554

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7.115 Société : RAT

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : R

Nom & Prénom : SIFEDDINE Abdallah

Date de naissance : 24.08.1955

Adresse : 16. Passage 4. Tisir II BERRECHID

Tél. : 06 74 20 35 33 Total des frais engagés : 1022.10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03.01.2020

Nom et prénom du malade : Sifeddine Abdallah Age : 64

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : DNI + 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 : 06/01/2020

Signature de l'adhérent(e) :


RELEVÉ 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		1	150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03-01-2020	1402,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03.01.19		120,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

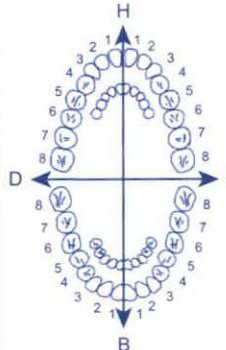
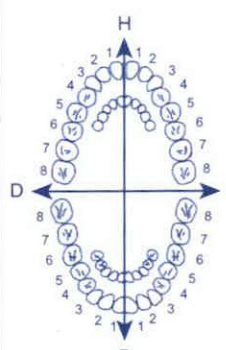
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[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

☒ **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. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

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 الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE 061173340

Berrechid le : 03.01.2020 برشيد في

3x125.~ Syeddine Abdallah
1) Co-amarel (SV)
188 Lemster (SV)
744.~ 2) Antus Slobkai
17ue / Lesou
3x71.50 3) Hypul 188 Lemster
14) Lousayl es Lesou
188
5) Lysanx 188 Lesou

AMMO-BERRECHID
MOUNA TAMIM
MAJDAR AL JAMIL
22 53 32 82

41 زنقة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 0522.32.44.55 - المحمول : 0676.45.48.49

41 Rue Tariq Ibnou Ziad 1^{er} étage Berrechid - Tel : 0522.32.44.55 - GSM : 0676.45.48.49

Dr. Hefant

1402,10

18

8

Cesni

SV

DOCTEUR MOUANA TAMIM
OMNIPRATICIEN
41 RUE TARIK IBRAHIM
BERRECHID TEL: 0522 324455
06 76 45 48 49

PHARMACEUTICAL HAND BERRECHID
Dr. TAMIM
Lot - AL MANDAR AL JAMIL
Tel : 05 22 53 32 82

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



5 118001 081615

68,60 DH
06/2022
U176K

Via
mpo



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 CENTRAL 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 CENTRALE ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste

DOCTEUR Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027



الدكتورة موني تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE 061173340

Berrechid le

برشيد في

Sifeddine Abdallah

1) Hb A_{1c} <

LABORATOIRE CENTRALE ERRAZ
Dr Abdelhakim HAVAZINE
Pharmacie Biologie

DOCTEUR MOUNA TAMIM
OMNIPRATIKIEN
BERRECHID TEL: 0522.32.44.55
06 76 45 48 49