

# 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 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

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

PD: 22991

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2909

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAJIB B. Hamel

Date de naissance : 04/01/1976

Adresse : 27 Rue G. HOYTISSIR, J. BEERBACH 10

Tél. : 06 62 83 73 18

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01/06/2008

Nom et prénom du malade : NAJIB B. HAMEL Age : .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : 2.1.1.HDL 0.2.E ANGICUL NERES

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 : .....

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

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                   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/06/2015      | CS                | CL                    | 200DH                           |  |
| 22/06/2015      | ANASOFTISIP       | 0.5                   | 100DH                           |  |
| 22/06/2015      | Anaphylaxie       | 0.5                   | 100DH                           |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                      | Date       | Montant de la Facture |
|---|------------|-----------------------|
| STT PHARMAL FAIAH<br>SARL<br>DZ 02000<br>BP 1000<br>164 - Béchar<br>Algérie | 04/06/2020 | 423,80                |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date    | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires   |
|---|---------|------------------------------|--------------------------|
|   | 03/6/80 | B <sub>28</sub>              | 47,52<br>ANP. 06.322.509 |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **RELEVÉ 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'ODT.

| SOINS DENTAIRES                                | Dents Traitées   | Nature des Soins  | Coefficient |   |   |   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |                         |
|--|--|---|-------------|---|---|---|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|---|----------|----------|----------|----------|-------|--|---|--|-------------------------|
|  |  |   |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX                           |   |   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |                         |
|  |  |   |             | MONTANTS DES SOINS                                |   |   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |                         |
|  |  |   |             | DEBUT D'EXECUTION                                 |   |   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |                         |
|  |  |   |             | FIN D'EXECUTION                                   |   |   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |                         |
|  | O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                           | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |             |   |   |   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |                         |
|  |  | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;"></td> </tr> </table> |             |   | H | G | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | <hr/> |  | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | <hr/> |  | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  |  | H   | G           |   |   |   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |                         |
|  |  | 25533412  | 21433552    |   |   |   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |                         |
|  |  | 00000000  | 00000000    |   |   |   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |                         |
|  |  | <hr/>   |             |   |   |   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |                         |
| D  |  | G   |             |   |   |   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |                         |
| 00000000                                       |  | 00000000  |             |   |   |   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |                         |
| 35533411                                       |  | 11433553  |             |   |   |   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |                         |
| <hr/>  |  |   |             |   |   |   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |                         |
| B  |  |   |             |   |   |   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |                         |
|  | (Création, remont, adjonction)                         |   |             | MONTANTS DES SOINS                                |   |   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |                         |
|  | Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |             | DATE DU DEVIS                                     |   |   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |                         |
|  |  |   |             | DATE DE L'EXECUTION                               |   |   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |                         |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS |  |   |             | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |   |   |          |          |          |          |       |  |   |   |          |          |          |          |       |  |   |  |                         |

Dr .Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE

CERVICO-FACIALE

Vertige, Surdité. Acouphène,  
Ronflement, Pathologie de la voix



الدكتور عصام السالكي  
أمراض و جراحة الأذن، الأنف  
الحنجرة، العنق و الوجه  
الدوخة الصمم. زنين الأذن  
الشخير، اضطراب الصوت

DATE :

٢٠٢١/٠٦/٢٩

LOT: GA90838  
PER: 07/2021  
PPV: 75 DH 00

PPV: 167DH00  
PER: 04-21  
LOT: H935

**Stremag**  
Magnésium

N° DE LOT / BATCH N° :  
DATE DE FABRICATION / DATE OF MANUFACTURE :  
À CONSOMMER DE PRÉFÉRENCE AVANT FIN / BEST BEFORE :  
PPC: 98,00 dhs

PPV  
LOT  
PER

28,80

29

1 Nazair

29/06/2021 p.m.J

167,00

SAPHIR 25 Jull

pharmacie AL FAJAR

pharmacie TISSIR II  
Berrechid

Stremag

149 / J p.m.J

VITAMINERGIC forte

77 - 28,80 p.m.J

تجزئة 1، زاوية شارع محمد الخامس و زنقة حسان ابن تابث حي

Lot1, Angle Boulevard Med V Rue Hassane Ibnou Tabit Quartier Ezzahra - BERRECHID

Tél.: 05 22 32 57 57

5

Bouygues 300

55,00

2

Dr. & H. Dhouy

Pharmacie AL FALAH  
OUADGHIRI AMINE  
Dr. en Pharmacie  
209, Bd. Rachidi Tissir II  
Tél: 0522 33 74 64 - Berrechid

423,80

Pharmacie AL FALAH  
OUADGHIRI AMINE  
Dr. en Pharmacie  
209, Bd. Rachidi Tissir II  
Tél: 0522 33 74 64 - Berrechid

72

Pharmacie AL FALAH  
OUADGHIRI AMINE  
Dr. en Pharmacie  
209, Bd. Rachidi Tissir II  
Tél: 0522 33 74 64 - Berrechid

Pharmacie AL FALAH  
OUADGHIRI AMINE  
Dr. en Pharmacie  
209, Bd. Rachidi Tissir II  
Tél: 0522 33 74 64 - Berrechid

Dr .Issam ESSALKI  
ORL ET CHIRURGIE  
CERVICO-FACIALE  
Vertige, Surdité. Acouph ne,  
Ronflement, Pathologie de la voix



الدكتور عصام السالكي  
أمراض و جراحة الأذن. الأنف  
الحنجرة. العنق و الوجه  
الدوخة الصمم. رنين الأذن  
الشخير. اضطراب الصوت

DATE : 02/06/2020

## NOTES D'HORAIRES

~~NATJIS~~ Med

ACTE : NASOFIJASEOPI

CONTROLE K15

HORAIRES 400 DT  
(Quatre Cet DT)

DR ISSAM ESSALKI  
ORL ET CHIRURGIE  
CERVICO-FACIALE  
Tunisie - Tunis - 1007  
Tunisie - Tunis - 1007



Dr .Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE

CERVICO-FACIALE

Vertige, Surdité. Acouphéne,  
Ronflement, Pathologie de la voix



الدكتور عصام السالكي  
أمراض و جراحة الأذن. الأنف  
المخجنة. العنق و الوجه  
الدوخة الصمم. زنين الأذن  
الشخير. اضطراب الصوت



DATE : 02/06/2020

061163994

### Ordonnance

#### COMPTE RENDU DE NASO-PHARYNGO-LARYNGOSCOPIE DIRECTE

NOM ET PRENOM :

INDICATION :

#### RESULTATS DE LA NASOFIBROSCOPIE

FOSSES NASALES :

PHARYNX :

LARYNX :

EN CONCLUSION :

Il s'agit donc



تجزئة 1، زاوية شارع محمد الخامس و زنقة حسان ابن تابث حي الزهراء ( قرب مخبزة المدينة ) برشيد

Lot1, Angle Boulevard Med V Rue Hassane Ibnou Tabit Quartier Ezzahra (à côté pâtisserie Al Madina) BERRCHID  
Tél.: 05 22 32 57 57 - 05 27 74 42 61 - E-mail : issam.essalki@gmail.com

Dr .Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE

CERVICO-FACIALE

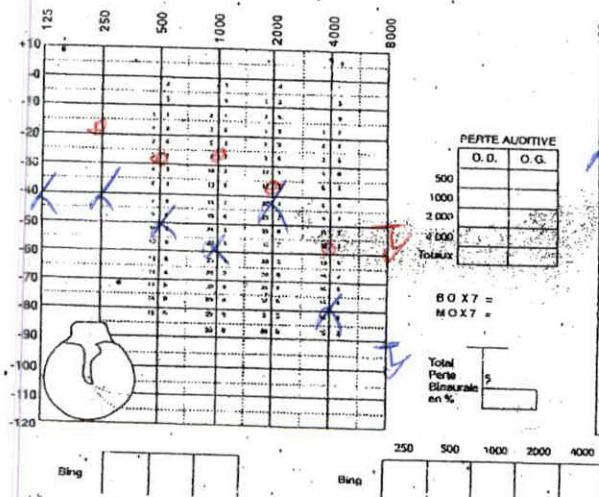
Vertige, Surdité. Acouph ne,  
Ronflement, Pathologie de la voix



061163994

NOM & PRENOM

OREILLE DROITE

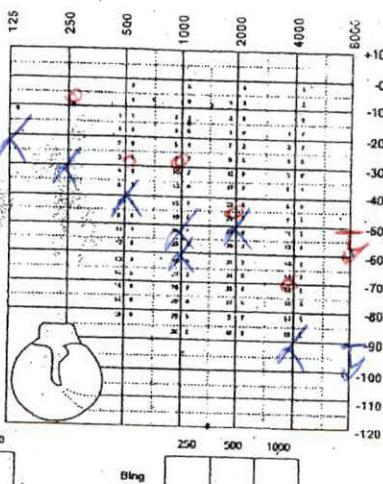


AUDIOGRAMME

M4

NAFB

OREILLE GAUCHE



COMPTE RENDU AUDIOGRAMME

تجزئة 1، زاوية شارع محمد الخامس و زنقة حسان ابن تابث حي الزهراء ( قرب مخبزة المدينة ) برشيد

Lot1, Angle Boulevard Med V Rue Hassane Ibnou Tabit Quartier Ezzahra ( t côté pâtisserie Al Madina) BERRECHID

T61 - 05 22 22 57 57 - 05 22 74 42 61 - E-mail : issam\_essalki@gmail.com

Dr .Issam ESSALKI  
ORL ET CHIRURGIE  
CERVICO-FACIALE  
Vertige, Surdité. Acouph ne,  
Ronflement, Pathologie de la voix



الدكتور عصام السالكي  
أمراض و جراحة الأذن، الأنف  
الحنجرة، العنق و الوجه  
الدوخة الصمم، رنين الأذن  
الشخير، اضطراب الصوت

DATE : 02/06/2015

## NOTES D'HISTOIRE

NAJIS Ned

ACTE : Androgiomme

COTATION : K25

HISTOIRE : 4000H

(Quatre CetD)

Dr. ISSAM ESSALKI  
ORL ET CHIRURGIE  
CERVICO-FACIALE  
Tél. 0522325257 - 0527742261



جزئية 1، زاوية شارع محمد الخامس و زنقة حسان ابن تabit حي الزهراء - برشيد  
Lot1, Angle Boulevard Med V Rue Hassane Ibnou Tabit Quartier Ezzahra - BERRECHID  
Tél.: 05 22 32 57 57

Dr .Issam ESSALKI

ORL ET CHIRURGIE  
CERVICO-FACIALE

Vertige, Surdité. Acouphéne,  
Ronflement, Pathologie de la voix



الدكتور عصام السالكي  
أمراض و جراحة الأذن. الأنف  
المخجنة. العنق و الوجه  
الدوخة الصمم. رنين الأذن  
الشخير. اضطراب الصوت

DATE :

٢١ / ٥ / ٢٠٢٠

ستة مارس

Tel. 05 22 32 57 57  
Dr. MOHAMMED Y. BERRECHID  
IBN SINNA  
ZAGOURA - DAKKAH - TUNISIA

تجزئة 1، زاوية شارع محمد الخامس و زنقة حسان ابن تابث حي الزهراء - برشيد  
Lot1, Angle Boulevard Med V Rue Hassane Ibnou Tabit Quartier Ezzahra - BERRECHID  
Tél.: 05 22 32 57 57

ICE :001761756000030

**LABORATOIRE IBN SINA**

Bd Mohammed V

BERRECHID

INPE :063000509

Tel : 05.22.33.66.43

Fax : 05.22.33.66.42

**Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644**

**FACTURE : 70872**

**IB 453 B**

**Nom et Prénom : Mr. NAJIB MOHAMED**

**Prescripteur :**

Référence : 030620 029

Date : 03/06/2020

**BILAN :**

TQ B 28 +

**MONTANT NET : . . . 47,52 Dhs Soit 28 B**

**ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

*Quarante sept Dh et cinquante deux cts*

IBN SINA  
Bd. Mohammed V - BERRECHID - MAROC  
Tel: 0522000000  
Fax: 0522000000



Berrechid le : 03/06/2020  
CIN :  
Résultats complets  
Edité le: 03/06/2020

**Mr. NAJIB MOHAMED**  
**IB 453 B**      **RF: 030620029**

### COAGULATION

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

#### TAUX DE PROTHROMBINE

(Technique SYSMEX CA 600)

|                           |      |      |                 |
|---------------------------|------|------|-----------------|
| Témoin .....              | 100  | %    |                 |
| Temps de Quick .....      | 59,5 | sec. |                 |
| Taux de Prothrombine .... | 8,1  | %    | 18/05/20 : 20.1 |
| I.N.R .....               | 6,72 |      | 18/05/20 : 2.93 |

#### INTERPRETATION

|   |                 |
|---|-----------------|
| Patient sans A.V.K.                               | : TP (70 à 100) |
| Patient sous A.V.K.                               |                 |
| Prévention d'une thrombose veineuse               | : INR (2 à 3.0) |
| Prévention d'une thrombose veineuse récidivante   | : INR (2 à 4.0) |
| Traitements des phlébites ou embolies pulmonaires | : INR (2 à 4.0) |
| Prévention d'une thrombose artérielle             | : INR (3 à 4.5) |
| Valves cardiaques, mécaniques                     | : INR (3 à 4.5) |

