

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

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

N° W21-793673

177772

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	11923	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SETACH M - STADIA
Nom & Prénom : SE TACH M - STADIA			
Date de naissance : 24/10/77			
Adresse : 21, Rue 15 ALLAI Ben Abdellah Casablanca			
Tél. : 010 349998	Total des frais engagés : 39981,5 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : / / Age: / /			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Systemic Lupus Erythematosus			
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 : Casablanca le 05 Oct. 2023

Signature de l'adhérent(e) : 

Signature : 23/09/23

Date : 07/09/23

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
6/9/23			500 L.E.	INP :  Dr. [Signature]
10/9/23				

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>HOSNY PHARMACY</p> <p>هُوسْنِي فَارْمَاشِي شارع الشّاطئ، ٢٢٣٦، طرابلس، لبنان رَبَابِلَةِ الْجَزِيرَةِ، ٢٢٣٦، طَرَابُلُسُ، لَبَانَان</p> <p>0123299993 - 0126533036 0223305-25</p>		<p>551.5 L.E.</p> <p>Dr. Abouzahr</p>

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	6-9-1973		2930,- LF

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

مستشفى النيل بدراوى



مستشفيات كلية باترا



OPN230111365

كنزه وشعار العربي وشعار

6/9/2023 12:15:45 تاريخ الدخول

U2399180017

الوقت

6/9/23

رقم

خ

ـ تاريخ الميلاد

اسم المريض

الرقم الطبي

R/

- ANA by IF

- Anti-DNA

- Rheumatoid factor

- Anticardiolipin

- Calcium



مدونة

- الاستشارة خلال أسبوعين من تاريخ الكشف بالعيادات الخارجية مع ضرورة احضار آخر روشه
- خدمة الزيارات المنزلية على مدار الأسبوع
- الاستشارة لكشف الأطفال خلال أسبوع
- الأدوات المرضية يجب أن تعمد بختن العيادة



دكتور

Dr.
Yasser Ezzat Taha

Professor of Rheumatology & Immunology
Mrcp Rheumatology(UK)
Member of the American College
of Rheumatology



ياسر عزت طه

استشاري أمراض الروماتيزم والمفاصل والمناعة
أستاذ ورئيس قسم الروماتيزم والمناعة بكلية الطب
زميل الكلية الملكية لأمراض الروماتيزم بلندن

Name : Konza anchairis Date ١٥ / ٩ / ٢٠٢٣

R /
٢١ N1 Bactrofus ointment

ابرة عصبة الران دلا تمر

٤١.٥ N1 Solupred ٤

خربي الادهار شه

٣٦٩ (N) AVARA ٢٥٥ ٤

+ خرب العنا - شه

١٢٥ (N) plavix ٢٥٥ ٤

خربي العنا - د العث - شه

N AnSulacox ٩ ٣ ٤

خربي الافضل + سبر



الإستشارة خلال أسبوعين

عيادة ١٦ شارع التحرير - ميدان الدقى - الدور الثالث ٠٢/٣٣٣٧٨٧٩٠

الفيوم - المسلة - العبودى - اعلى صيدلية د/ ماجدة ٠١٠٩٥٩٥٣٣٨٨



تاريخ الحضور : 06/09/2023
تاريخ التقرير : 09/09/2023

اسم المريض : Miss / / OUCHIARE KENZA
رقم المريض : 78-9238
رقم الزيارة : 203230910368
عمر المريض : 47 Y

Immunology Unit

Anti DNA (Anti-ds-DNA,) by IF (titer)

Positive 1/20

Ref. Range

< 1/10

Anti CCP Abs

<0.54

U/mL

0 - 5

Anti Nuclear Ab Titre (ANA/Hep-2).

ANA Pattern

Homogenous

Titer

Positive 1/160

Negative <1/80

Rheumatoid Factor Titre

<10

IU/ml

0 - 14

Comments :

- C3, C4 and ANA profile (ENA) are recommended.
- ANA titer and Anti-ds-DNA titer follow up is recommended.

Reviewed By:

dr,noha mohamed



معامل الفا

PM : Printed on 07:05 09/09/2023

16191

Invoice

All Amounts are in Egyptian Pound currency

ACC No.	203230910368	Payer	500128-2023	Contract	2023
Received From	OUCHIARE KENZA	Reg. Date:	06/09/2023 01:46 PM	Print Date:	23/09/2023 03:34 PM

Service	Service price	Currency
Anti DNA (Anti-ds-DNA,) by IF (titer)	795	Egyptian Pound
Anti CCP Abs	1,305	Egyptian Pound
Anti Nuclear Ab Titre (ANA/Hep-2)	505	Egyptian Pound
Rheumatoid Factor Titre	325	Egyptian Pound
Web Result	0	Egyptian Pound
SMS	0	Egyptian Pound

Total amount	2,930	Insurance	0	Cash	2,930
Paid	2,930	Remaining	0	Discount	0
Total refund	0	Co Payment	0		

Cashier 4457 ابو بكر سعيد محمد



HOSNY

PHARMACY

مع اطيب التمنيات بالشفاء العاجل

صيدلية د.حسني

01066333036
01282999931

العميل :

DR HOSNY : البائع

رقم الكا

الأصناف : 4

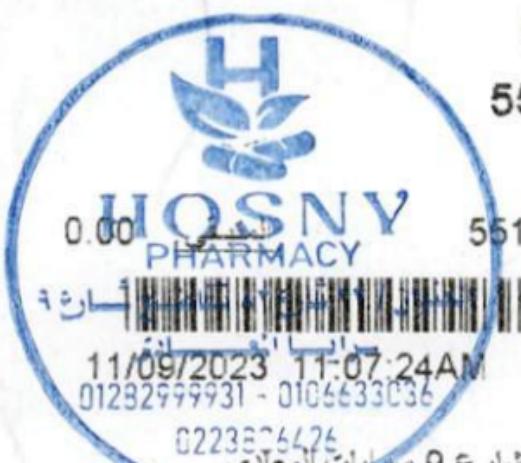
الاسم	الوحدة	الكمية	إجمالي السعر
AVARA 20MG TAB	علبة	1.00	369.00
SOLUPRED 5 MG 30 tab sanofi	علبة	1.00	41.50
PLAQUENIL 60TAB	علبة	1.00	120.00
BETAFOS 1 AMP	أنبوبة	1.00	21.00
الإجمالي			551.50

الصافي : 551.50

المطلوب : 551.50

طريقة الدفع : كاش

المدفوع : 551.50



11/09/2023 - 11:07:24AM

01282999931 - 01066333036

0223626476

رقم 22 شارع 83 من شارع 9 سرايات المعادى

أصناف الثلاجة و الأكسسوار لا ترد ولا تستبدل