

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.

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.

Education :

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.

Prothèse :

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

Déclaration : 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- 0023657

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 7.115 Société : RAFI
 Actif Pensionné(e) Autre : R.
Nom & Prénom : SI FENAINI Abdallah Date de naissance : 04.08.1955
Adresse : 16. PASSAGE 4 TISSIR II - BERRECHID
Tél. : 06.34.20.75.33 Total des frais engagés : 632,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/10/19

Nom et prénom du malade : Abdelhakim Smaïd Age : 60

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

DNIID

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

Signature de l'adhérent(e) :

RF



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 03/10/19 | CA | 1 | 1500 | DR. OMAR TARIK IBRAHIM ECHID TEL: 0522 324 0676 4545 49 |

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 03-10-10 | 362,10 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|  | 03.10.2019 | | 180,000 (HT) |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ORL.

| 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 CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

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 1 en France
ICE : 00202778400027



الدكتورة منى تاميم
الطب العام
الفحص بالصدى
طب الشغف
حاصلة على диплом
من جامعة "رين" بفرنسا
INPE 061173340

Berrechid le : 03-10-19 برشيد في :

Kellum sand
3x 18 (SV)
18 & 28
Tiamen G
369,10 18 & 28
tafmine
369,10 18 & 28
1
DOCTEUR MOUNA TAMIM
0522.32.44.55 - 0676.45.48.49
41 Rue Tariq Ibn Ziad 1^{er} étage Berrechid - Tel : 0522.32.44.55 - GSM : 0676.45.48.49

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

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

78,70

78A0

78,70

PPV : 21DH00
PER : 05/22
LOT : I1377

PPV : 21DH00
PER : 05/22
LOT : I1377

PPV : 21DH00
PER : 05/22
LOT : I1377

PPV : 21DH00
PER : 05/22
LOT : I1377

PPV : 21DH00
PER : 05/22

PPV : 21DH00
PER : 05/22
LOT : I1377

DOCTEUR Mouna TAMIM
Omnipraticienne
Echographie
Médecine du Travail
Diplômée de l'Université
de Rennes en France
ICE :002027784000027



M^{le} 7115

الدكتورة منى تميم
الطب العام
الفحص بالصدى
طب الشفط
حاصلة على البليوم
من جامعة "رين" بفرنسا
INPE 061173340

Berrechid le : 03-10-19 برشيد في

kellam Salah

1) H5 An C

~~DOCTEUR MOUNA TAMIM
41 RUE TARIQ IBNOU ZIAD ETG 1
BERRECHID TEL: 0522.32.44.55
0676.45.48.49~~

valable 3 mois

Le 03/10/2010

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Sifeddine Abdallah

Présente

HTA, D.N.D, Anxiété

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dopamine Lutal, Labayl 25
hypnotyl lysanex

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

3 mois

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 YOUSSEF NAJIB
41 RUE TIBERJET
BERRECHID 10000 CASABLANCA
06 76 45 10 49

FACTURE N° : 19007307

BERRECHID : 03/10/2019
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 ERRAZI
BERRECHID
Dr A. HAWAZINE
Pharmacien Biologiste


INPE 063060990

Dr. TAMIM MOUNA

Date du prélèvement : 03/10/19

Dossier édité le : 03/10/2019

Code Patient : 29193



Mr. SIFEDDINE Abdallah

Page : 1 / 1

Prélèvement Effectué au Laboratoire

031019 022

BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i

Valeurs de référence

Antécédents

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C) . . . : 6,50 %

04/07/19 : 6.60

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%



Dr. SIFEDDINE ERRAZI
Laboratoire Médical Errazi
Technicien Biologiste