

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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- 0023936

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 7115 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : R

Nom & Prénom : SIFEDDINE Abdellah Date de naissance : 04.08.1955

Adresse : 16. Passage 4. Tissir II. BERRECHID

Tél. : 06.74.20.75.33 Total des frais engagés : 2317,2 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04.09.2014

Nom et prénom du malade : Sifeddine Abdellah Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjointe Enfant

Nature de la maladie : ITIA, DRIB, AINS, AINS, AINS

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 : 10/01/2021

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
04/01/2021	CA	150	150	DR. FOUZIA RIANI Dr. AL MANSOUR AL JAMIL Tél : 05 22 53 32 82

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL HAMAD-BERRECHID Dr. FOUZIA RIANI Lot - AL MANSOUR AL JAMIL Tél : 05 22 53 32 82	04-01-21	1937,20

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
LABORATOIRE CENTRAL BERRECHID Dr. Abdelhamid HAWAZINE Pharmacien Biologiste	04-01-21	2021				230,00 HT

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'état de la dent.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553	G B	DATE DU DEVIS
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION
<img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. A coordinate system is overlaid with H at the top, G to the right, D to the left, and B at the bottom. The diagram shows various dental treatments marked with numbers and symbols."/				

N^o 7115



Le 04.10.2002

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE (✓)

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

A remplir par le praticien

Je soussigné:
Certifie que Mlle, Mme, M:	<i>Safeddeine Abdellah</i>
Présente	<i>H.I.A + D.N.I.D + Anæstè</i>
Nécessitant un traitement d'une durée de:	<i>cezamal + Laptup + Laxylit cigars + salicat 160/5</i>
Dont ci-joint l'ordonnance:
(A défaut noter le traitement prescrit):

(✓) : Valable 3 mois

Contact: 05-22-22-78-14 Fax 05-22-22-78-18

دكتورة منى تميم

نº 7115

الدكتورة منى تميم



الطب العام

الشخص بالصلى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340



Berrachid, le

04/01/2013

3x125, 1) Co-amoxiclav 186 55
744, 2) Lantus 186 55
1P 3) Sulacet 100/5 186 55
3x 3) Sulacet 100/5 186 55
4x 185,20 186 55 Lantus
2x38,70,4 Lantus 186 55 186 55
103,19,5 186 55 186 55
103,19,5 186 55 186 55

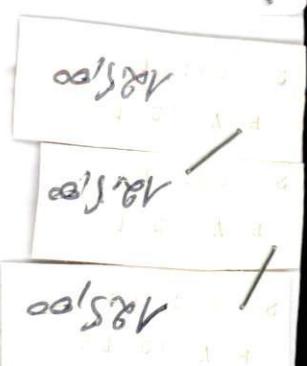
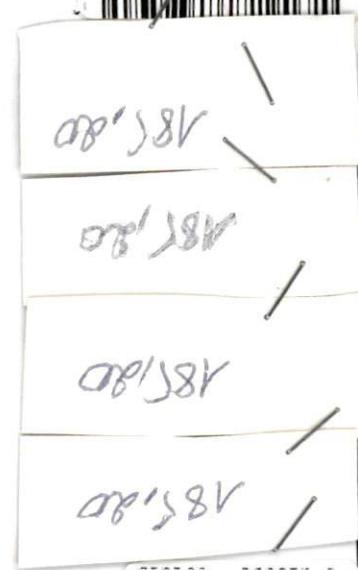
41، زنقة طارق بن زياد طريق الأول، شبا - الهاتف : 05 22 32 44 55 - المحمول : 06 76 45 48 49

41, Rue Tarik ibnou Ziad 1^{er} étage Berrachid - Tél : 06 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49

H₂7115



185 DH₂O



Dr. TAMIM MOUNA

Date du prélèvement : 04/01/21

Dossier édité le : 04/01/2021

Code Patient : 29193



Mr. SIFEDDINE Abdallah

Page : 1 / 1

Prélèvement Effectué au Laboratoire

040121 059

BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i

Valeurs de référence

Antécédents

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C) ... : 9,40 %

23/11/20 : 8.10

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%

UREE	0,70	g/l	(0,13 à 0,46)	23/11/20 : 0,28
ou	11,62	mmol/l	(1,70 à 7,60)	
CREATININE	13,00	mg/l	(7,0 à 13,0)	23/11/20 : 10.00
Méthode Enzymatique		ou μ mol/l: 114,40	(44 à 106)	
ACIDE URIQUE	64,00	mg/l	(35 à 72)	23/11/20 : 49.20
ou	380,95	μ mol/l	(210 à 420)	

Mk 7115

 LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
 Dr Abdellah Sifeddine Biologiste
 Pharmacie Biologie
 ERRAZI MAGAZINE


INPE 063060990

Avenue Mohamed V, Dar Hakami derrière la Préfecture de Police - Berrechid - Tél.: 05 22 32 88 49

Fax : 05 22 32 48 88 - E-mail : hazn.biolog@gmail.com - Patente : 40712914 - RC : 15608

ICE : 001638113000039 - Autorisation N° 5814 - IF : 63186420

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES

MEDICALESERRAZI



المختبر المركزي للتحاليل

الطبية الرazi

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Bactériologie - Virologie

M^{le} 7/11/2021

FACTURE N° : 21000030

BERRECHID : 04/01/2021

Nom et Prénom ... : Monsieur Abdallah SIFEDDINE

Prescripteur : Dr. TAMIM MOUNA

Bilan :

HBAC B100+ URE B35+ CREA B35+ AUR B30+

Montant Net : 230,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Deux cent trente Dirhams et zéro centime

Dr. A HAWAZINE

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
Dr. Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
Dr. A HAWAZINE
Pharmacien Biologiste
INPE 063060990



Docteur Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027



الدكتورة منى تميم

الطب العام

الشخص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

Berrachid, le 04-01-2023 برشيد،

Sifeddine Alhallaq

1) HS An

2 mois, a été
Ac Méninge

TE 7115

DOCTEUR MOUNA TAMIM
41 RUE TARIQ IBNOU ZIAD BERRACHID 06 76 45 48 49
05 22 32 44 55

Dr Abdellatif BERRACHE MAZINE
BIORECHID
Diplômé en Pharmacien Biologiste

41، زنقة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 55 - المحمول : 06 76 45 48 49

41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1^{er} étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49