

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.

Diagnostique 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.

Educations :

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 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.

RAS : 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



N° 7115
54914

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 Abdallah Date de naissance : 04.08.1955
Adresse : 16. Passage 4. Tassin 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 : 04/01/2021
Nom et prénom du malade : Sifeddine Abdallah Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : HTA, Diabète, 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 : 10/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
04/11/2021		1	1500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

PHARMACIE AL HANOU BERRECHID
Dr FOUZIA RIANI
Lot - AL MANAR AL JAMIL
Tél : 05 22 63 32 82

04-01-21 1937,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste

04-01-2021 230,000

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 canaux, ainsi que le bilan de l'

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table> <tr> <td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533412 21433552</td></tr> <tr> <td>00000000 00000000</td></tr> <tr> <td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000 00000000</td></tr> <tr> <td>35533411 11433553</td></tr> <tr> <td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412 21433552	00000000 00000000	D	G	00000000 00000000	35533411 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H													
	25533412 21433552													
	00000000 00000000													
	D	G												
	00000000 00000000													
	35533411 11433553													
	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

N^o 7/15



Le 04/01/2021

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	Sifeddine Abdelhak
Présente	H.A. & DNI D - Anaceti
Nécessitant un traitement d'une durée de:	Co-amoxiclavate & Lantus, Laxoxyl TySane & Sulisat 160/5
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

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



Berrachid, le

2012-01-04

Sifeddine Abdallah

3x12

1) Co-amale

744

188

Le matin

2) Lantus

179

Le soir

3) Sulfat

100/5

4x 105, 20

188

Le matin

2x30, 70

4) Lantus xyl

188

Le soir

1937, 20

5) Lysemar

41, زنفة طارق بن زيد (طابق الأول) شيبا - الهاتف : 05 22 32 44 55 - المحمول : 06 76 45 48 49

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

11/27/15

185 DH 20

185 DH 20

185 DH 20

185 DH 20

125 DH 00

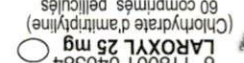
125 DH 00

125 DH 00

BOTTU S.A.
PPV: 38 DH 70
(Chlorhydrate d'amitriptyline)
60 comprimés pelliculés
LAROXYL 25 mg
6 118001 040384



BOTTU S.A.
PPV: 38 DH 70
(Chlorhydrate d'amitriptyline)
60 comprimés pelliculés
LAROXYL 25 mg
6 118001 040384



185,80

185,80

185,80

185,80



Sartof-Aventis Maroc
Rabat - R.P. 1
Ain elbas Casablanca
Lantus 100U/ml, in b5 sty
P.P.V : 744,00 DH
6 118001 081615

125,00

125,00

125,00

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)

23/11/20 : 10.00

CREATININE : 13,00

mg/l

(7,0 à 13,0)

23/11/20 : 10.00

Méthode Enzymatique

ou $\mu\text{mol/l}$: 114,40

(44 à 106)

23/11/20 : 49.20

ACIDE URIQUE : 64,00

mg/l

(35 à 72)

23/11/20 : 49.20

ou : 380,95

 $\mu\text{mol/l}$

(210 à 420)

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
Pharmacien biologiste
Dr Abdelhakim ERRAZI



INPE 063060990

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES

MEDICALES ERRAZI

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



المختبر المركزي للتحليلات
الطبية الرازي

M^{le} 7115

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. Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste



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

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

Berrachid, le 04_01_2022 برشيد

Sifeddine Abellah

1) H5 A1 C

2) uue, uent
Acute

7115

Signature

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