

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.

M23-002744

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 172353

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NEGRAOUI AZZEDINE

Date de naissance : 17/05/59

Adresse :

Tél. : 06 07 15 60 45

Total des frais engagés : 1311.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/08/23

Nom et prénom du malade : ABAD Sawad Age: 48 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète type 2

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Dr. KAIIDI FATIMA ZAHRA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : DR. KAIIDI FATIMA ZAHRA

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 05/08/23

Signature de l'adhérent(e) : ABAD Sawad

Le : 05/08/23

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
05-08-23		5	72500	DR MAMIA ZAHIA 05-08-23 Signature Dr MAMIA ZAHIA DR MAMIA ZAHIA 05-08-23
07-08-23		ct	57000	DR MAMIA ZAHIA 05-08-23 Signature Dr MAMIA ZAHIA DR MAMIA ZAHIA 05-08-23

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
05/08/2023	475,60	Samir ASMOUN Docteur en Pharmacie Tel: 03 22 82 84 94 - Berrakid 82 RUE ALEXANDRE EL HOUSSAY
07/08/2023	202,30	Samir ASMOUN Docteur en Pharmacie Tel: 03 22 82 84 94 - Berrakid 82 RUE ALEXANDRE EL HOUSSAY

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KAIIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Internie au CHU Casa
Docteur en Pharmacie

Tel: 05.22.32.84.94 Berrechid
82 Rue Assalam Hay ElHouda



د. قايدی فاطمة الزهراء

احصائية في أمراض الغدد - داء السكري

خرجية كلية الطب بالدار البيضاء

طيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي

ابن رشد

Ordonnance

Nom: ABDAL SAMAD

Berrechid, le: 05 - 05 - 13

6 x 390,00

⇒ Gahem met 50/100 mg



4 x 68,80

⇒ Odia



3 x 479,00

550,00



4 mls

14 days



14 days



6" 118001" 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000 m
Boîte de 60 comprimés pelliculés
RPV : 200,00 DH



6 118001 031092

GALVUS MET® 50 mg/1000
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH



Dr. KAIIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interno au CHU - Casa

Samir ASMOU

Docteur en Pharmacie

Tell: 05 22 32 84 94 - Berrechid

82, Rue Assalam Hay ELHouda



د. قايدى فاطمة الزهراء

اختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي

ابن رشد

Ordonnance

Nom: ABD Scenad

Berrechid, le: 02-08-23

28,80

1) Pense tyf

S.V.

14P + 21P

60,00

2) Mazax 500

S.V.

14P 15

27,50

3) Di clo 100 mg

S.V.

1 sup 15 apm depas

14,00

4) Hexamedine

S.V.

3 gants

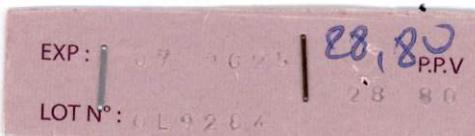
72,00

5) Hansaf

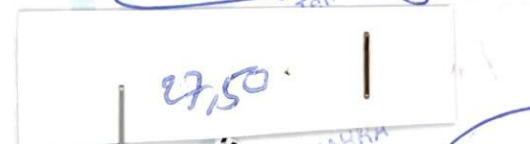
S.V.

14P 8

T: 202,30



LOT : 1753
PER : 01 - 25
P.P.V : 60 DH 00



27,50



14,00



82,00



82,00

333, Boulevard Mohamed V - Lot Nasrollah - 1er Etage N°3 (en face carrefour) - Berrechid

Tél: (+212) 5 22 324 339 - Gsm: (+212) 6 79 545 315 - Email: kaidiendocrinologue@yahoo.com

Dr. KAIIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie
Diplomée de la Faculté de Médecine - Casa
Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدى فاطمة الزهراء

إختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري
خريجة كلية الطب بالدارالبيضاء
طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي
ابن رشد

Nom : Abdellah Smaoui

Berrechid, le : 05.08.23

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> Ac anti tg |
| <input type="checkbox"/> Glycémie poste-prandiale | <input type="checkbox"/> Thyroglobuline ultra sensible |
| <input checked="" type="checkbox"/> HbA1c | <input type="checkbox"/> A c anti tpo |
| <input type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> Ac anti récepteur TSH us |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol HDL | <input type="checkbox"/> Cortisol libre urinaire 24h |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol LDL | <input type="checkbox"/> Corlisolomie 8h |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol Total | <input type="checkbox"/> ACTH |
| <input type="checkbox"/> Urée | <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH |
| <input type="checkbox"/> Créatinine | <input type="checkbox"/> Testosteronemie |
| <input type="checkbox"/> Rapport Alb / creat urinaire | <input type="checkbox"/> Oestradiol |
| <input type="checkbox"/> Protéinurie 24h | <input type="checkbox"/> 17 OH progesterone matin |
| <input type="checkbox"/> ECBU | <input type="checkbox"/> Dérivés methoxylés sur urines de 24h |
| <input type="checkbox"/> ASAT / ALAT / GGT | <input type="checkbox"/> IGF1 |
| <input type="checkbox"/> Sérologie HV _b et HV _c | <input type="checkbox"/> Ca ²⁺ <input type="checkbox"/> Ph ²⁺ |
| <input type="checkbox"/> NFS - PQ | <input type="checkbox"/> ALB |
| <input type="checkbox"/> Uricémie | <input type="checkbox"/> Parathormone |
| <input type="checkbox"/> CRP | <input type="checkbox"/> Autre..... |
| <input type="checkbox"/> PSA | |
| <input type="checkbox"/> 21 OH vit D2- D3 | |
| <input type="checkbox"/> TSH us | |
| <input type="checkbox"/> T ₃ libre | |
| <input type="checkbox"/> T ₄ libre | |

مختبر التحاليل الطبية ببريشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
Dr Ahlam IOURDANE
183, Bd Mohamed V - N° 1 - Etage 1 - Berreichid
Tél/Fax : 05 22 03 04 61

Dr. VAIIDI FATHIMA - AHRZA
Endocrinologue - Dr. VAIIDI FATHIMA - AHRZA
Tél: 05 22 32 43 39
E-mail: kaidiendocrinologue@yahoo.com



Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
مختبر التحاليل الطبية برشيد

مختبر التحاليل الطبية برشيد

Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Prasitologie - Mycologie

INPE :063063499

FACTURE N° : 1230800037

BERRECHID le 05-08-2023

Mme ABAD EP NEGRAOUI Souad

Récapitulatif des analyses		
Analyse	Coefficient	Clé
Forfait traitement échantillon sanguin	20	E20
Hémoglobine glycosylée	100	B100
Glycémie	30	B30

Total des B : 100

TOTAL DOSSIER : 100.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent dirhams .

Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
Dr Ahlam IOURDANE
183, Bd Mohamed V - N° 1 - Etage 1 - Berrechid
Tél/Fax : 05 22 03 04 61

INPE : 063063499
ICE:002400927000071
IF : 39483570