

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'...
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-014163

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0005365 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Décédé

Nom & Prénom : Sahmed Abderrahman

Date de naissance :

Adresse : 26 pass zineb emefzaouia hay ez Zahra

Barrechid

Tél. : 06 72 17 40 41 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

CENTRE D'HEMODIALYSE BERRECHID
Dr. Zainab EL BOU AZZAOU
Médecin Néphrologue
Directrice Médicale
25 Lot Chabab Berrechid
Tel 05 22 30 43 31 / NPE 061172813

Date de consultation : 07/12/2013

Nom et prénom du malade : Bassin Fatina Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019




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
07/12/23	CS		250,00	<p>CENTRE D'HEMODIALYSE BERRECHID Dr. Zainab H. ROUAZZAOUI Médecin Néphrologue Directrice Médicale 25 Lot Chabab Berrechid Tél: 05 22 32 84 31 / INPE: 061172813</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07.12.23		120,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

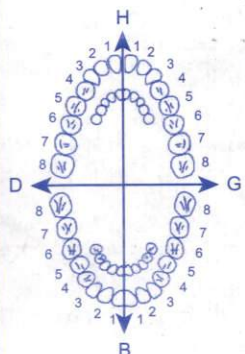
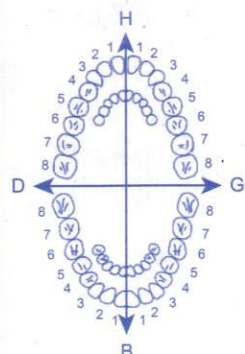
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز تصفية الدم برشيد

Centre d'hémodialyse Berrechid

Dr. Zainab El BOUAZZAOU

Dr. Mahfoud GOUNAJJAR

Spécialistes en Néphrologie

Maladies Rénales, Hypertention artérielle,

Dialyse, Transplantation Rénale

الدكتورة زينب البوعزاوي

الدكتور محفوظ غونجار

أخصائي أمراض الكلى

تصفية الدم

وارتفاع الضغط الدموي

Berrechid, le :

07/12/2023

Nom et Prénom :

BASSIN FATIMA

Hématologie

- ☐ NFS
☐ Ferritine
☐ Coefici de saturation en fer
☐ Reticulocytes

Ionogramme

- ☐ Urée
☐ Créatinine
☐ Acide urique
☐ Na+
☐ K+
☐ Bicarbonates (HCO-3)
☐ Ca++
☐ Phosphore
☐ Ionogramme sanguin
☐ Protidémie

Hémostase

- ☐ TP-INR
☐ TCA

Glucose

- ☐ Glycémie à jeun
☒ Hémoglobine glyquée

Séro - immuno

- ☐ CRP
☐ Ag HBS
☐ Ac Anti-Hbs
☐ Ac Anti-Hbc
☐ Ac Anti-HVC
☐ HIV (1,2)
☐ GOT, GPT
☐ GGT
☐ EPP
☐ Albuminémie
☐ Anti-corps Antinucléaire
☐ TSH
☐ ANCA
☐ PSA

Examen urinaire

- ☐ Protéinurie sur échantillon
☐ Protéinurie de 24h
☐ ECU + Antibioqram

Lipidique

- ☐ Cholestérol total
☐ Cholestérol HDL
☐ Cholestérol LDL
☐ Triglycéride

Osseuse

- ☐ Vitamine D (250 HD)
☐ 25 OH VT D
☐ 1.25 OH VT D
☐ PTH

CENTRE D'HEMODIALYSE BERRECHID
Dr. Zainab El BOUAZZAOU
Médecin Néphrologue
Directrice Médicale
Lot Chabab Berrechid
N° 061172813

25 تجزئة الشباب - برشيد (مقابل برج 25) 05 22 32 84 31 - الفاكس : 05 22 32 50 17

25, Lot Chabab - Berrechid (en face Marjane) - Tél.: 05 22 32 84 31 - Fax : 05 22 32 50 17

RC : 10953 - IF : 15204795 - CNSS : 4681856 - TP : 40711209 - INPE : 060062189 - ICE : 001684899000048

E-mail: dialyseberrechid@gmail.com - N° Urgence: 06-13-232-420

FACTURE N° : 23014165

BERRECHID : 07/12/2023
Nom et Prénom ... : Madame Fatima BASSIM
Prescripteur : Dr. Centre d'hémodialyse Berrechid

Bilan :

HBAC B100+

Montant Net : 80,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Quatre-vingts Dirhams et zéro centime

Dr. A HAWAZINE

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste



INPE 063060990



Dr. Centre d'hémodialyse Berrechid
Date du prélèvement : 07/12/23
Dossier édité le : 07/12/2023
Code Patient : 159391

Mme BASSIM Fatima

Page : 1 / 1



Prélèvement Effectué au Laboratoire

071223 097

BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i

Valeurs de référence Antécédents

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C) ... : 6.3 %

HPLC(Chromatographie liquide haute pression) sur automate ADAMS : 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%



INPE 063060990