

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.

M23-014163

187517

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 0005365

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Décédé

Nom & Prénom :

Sahneud Abderrahman

Date de naissance :

Adresse : 26 pass zineb eme fzaouia hay ezzahra
Berrechid

Tél. : 06 72 17 40 41

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

CENTRE D'HEMODIALYSE BERRECHID
Dr. Yainab EL BOTAZZOUI
Médecin Néphrologue
Directrice Médicale
25 Lot Chabab Berrechid
Tel 05 22 39 44 31 / NPE: 06 117 2813

Cachet du médecin :

07/12/2023

Date de consultation :

BASSIN FATIMA

Age:

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie

Nature de la maladie :

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) :



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
07/11/2013	CS		250,00	<p style="text-align: right;">CENTRE D'HEMODIALYSE BERRECHID</p> <p>Dr. Zainab EL BOUZAQUI Médecin Néphrologue Direction Médicale Bât. Lot Chabab Berrechid (JNPE : 061172813)</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

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	

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز تصفيه الدم ببرشيد

Centre d'hémodialyse Berrechid

Dr. Zainab El BOUAZZAOUI
Dr. Mahfoud GOUNAJJAR

Spécialistes en Néphrologie
 Maladies Rénales, Hypertension artérielle,
 Dialyse, Transplantation Rénale

الدكتورة زينب البوعزازي
 الدكتور محفوظ جونجار
 أخصائي أمراض الكلية
 تصفيه الدم
 وارتفاع الضغط الدموي

Berrechid, le : 07/12/2023

Nom et Prénom : ZAINAB FATHIMA

Hématologie

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

Ionogramme

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

Hémostase

- TP-INR
- TCA

Glucose

- Glycémie à jeun
- Hémoglobine glyqué

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
- ECBU + Antibioigramr

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 BERRAOUJI
 Dr. Zainab EL BOUAZZAOUI
 Médecin Néphrologue
 Directrice Médicale
 Lot Chabab Berrechid
 25, Lot Chabab Berrechid - Tel.: 05 22 32 84 31 - Fax : 05 22 32 50 17

تجزئة الشباب - برشيد (مقابل الجانبي) - 05 22 32 50 17 - الفاكس : 05 22 32 84 31 - 25, Lot Chabab Berrechid - Tel.: 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 - **Nº Urgence: 06-13-232-420**

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES

MEDICALESERRAZI

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



المختبر المركزي للتحاليلات

الطبية الرازى

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

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



Mme BASSIM Fatima

Page : 1 / 1

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



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