

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.

M23-0015009

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10583 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : K.S.SIBA EL HABIB

Date de naissance : 1963 ?

Adresse : Berruchas

Tél. : 0607458836 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/10/2016

Nom et prénom du malade : K.S.SIBA Age : 53

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Caté

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

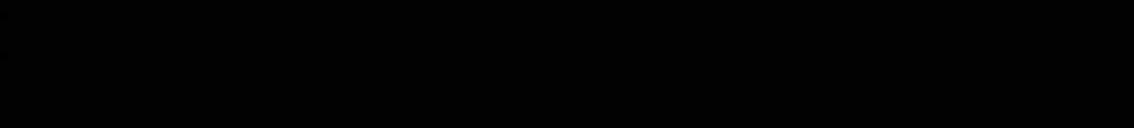
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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
09/02/2024			300000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie NASROLLAH BERRECHID ot. Nasrollah N°327 - Berrechid Tel.: 05 22 51 67 19	09/02/2024	64830

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre de BIologie Médicale Dr. ALMADINA Médecin Biologiste Tél: 06.66.48.82.22	11/02/2024		650,000 DH

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

Coefficient des travaux

Montants des soins

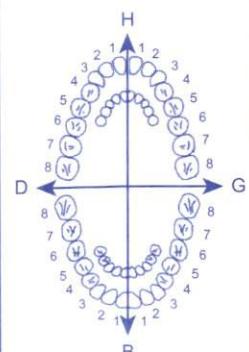
Début d'exécution

Fin d'exécution

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient des travaux

Montants des soins

Date du devis

Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION



طبيب اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي - طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بمونبلييه
Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif - Diplômé de la Faculté de Médecine de Besançon (France)

ENDOSCOPIE ECHOGRAPHIE
Ancien Médecin au CHU de Meaux

ORDONNANCE

Berrechid, le

09/02/2024

M² KSSSBA DOHA

Colprotection fécale



CENTRE DE BIOLOGIE MEDICALE
ALMADINA
Dr. Mustapha BELCAIDA
Médecin Biologiste
Tél.: 06 : 66 . 48 . 82 . 22





طبيب متخصص في أمراض الجهاز الهضمي - طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بمونبلييه بفرنسا

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif - Diplômé de la Faculté de Médecine de Besançon (France)

ENDOSCOPIE ECHOGRAPHIE

Ancien Médecin au CHU de Meaux

ORDONNANCE

Berrechid, le

09/02/2024

PPV: 293,00 DH

M. KASSABA DOST

293⁰⁰

SALICROZINE 40 500

S.V

135⁰⁰ 2 - 0 - 2

S.V

+ 10

EVOK 500

37⁰⁰ 1 - 0 - 1

S.V

× 10

METROZOL 850

52⁰⁰ 1 - 0 - 1

S.V

× 5

DEDES 200 0 - 0 - 1

S.V

× 14

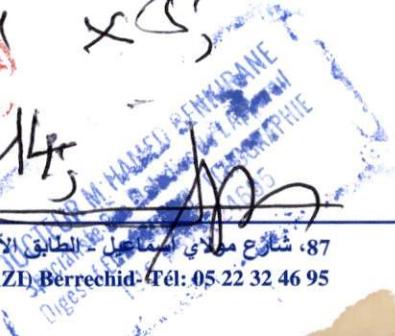
Pharmacie NASROLLAH

BERRECHID

Tel: 05 22 32 46 95

شارع مولاي اسماعيل - الطابق الأول - الرقم 1 - مقابل مستشفى الرومي ببرشيد الهاتف: 05 22 32 46 95

60000 Berrechid 1er Etage - N° 1 (En Face de l'Hôpital ER-RAZI) Berrechid - Tél: 05 22 32 46 95



N° lot:

EXP:

23130

03/26

135,00

PPV Dhs:

floxacine T

LOT: 22656 PER: 10/25

PPV: 135,00 DH

AMM N: 2047/01/21/RQ1/DMP/MC/01

METROZAL®

Métronidazole 500mg

Boîte de 20 comprimés

P.P.V. : 32,50 DH

6 118000 190967

LOT 220286

EXP 09/2024

PPV 52.80 DH

CENTRE DE BIOLOGIE MEDICALE ALMADINA
67 BD HASSAN BEN TABIT HAY AZZAHRA BERRECHID
Tél : 0666.48.82.22 / 0808.69.63.55 – Mail : cbm.almadina@gmail.com

FACTURE N° : 240200133

BERRECHID le 12-02-2024

Mme KSSIBA Doha

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
	calprotectine fecale	B600

Total des B : 600

TOTAL DOSSIER : 650.00 DH

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

*Centre de Biologie Médicale
ALMADINA
Dr. Mustapha BELCAIDA
Médecin Biologiste
Tél. : 06.66.48.82.22*

Date du prélèvement : 12-02-2024 à 10:49**Code patient** : 240212040**Né(e) le** : 10-06-2002 (21 ans)**Mlle KSSIBA Doha**

Dossier N° : 240212040

Prescripteur : Dr BENKIRANE M'HAMED

IMMUNOLOGIE - SEROLOGIE SANGUINE**Calprotectine fécale**
(Lateral flow immunoassay)1 060 µg/g de
selles (77)

Interprétation:

< 77 ug/g : une maladie inflammatoire des intestins est peu probable.

77 à 100 ug/g : à interpréter avec précaution, une maladie inflammatoire des intestins ne peut être exclue.

Il est recommandé de réévaluer les niveaux de calprotectine fécale après 4 à 6 semaines pour déterminer l'état d'inflammation.

> 100 ug/g : une maladie inflammatoire des intestins est probable.

Validé par : Dr. BELCAIDA Mustapha

CENTRE DE BIOLOGIE MEDICALE
ALMADINA
Dr. Mustapha BELCAIDA
Médecin Biogiste
Tél.: 06 . 66 . 48 . 82 . 22