

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.

199252

Optique Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ... 10597

Société : ... R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ... NAOURI ABDELMESJID

Date de naissance : ... 04-05-1953

Adresse : ... 48, RUE LA GARE LOT LA 77 Ri BERRECHID

Télé : 0678519373

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : ... 15/03/2021

Nom et prénom du malade : ... NAOURI ABDELMESJID Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Ergostéralgic + Colopathie

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° : AA-215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant l'ensemble des actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 15/03/2024 | CA | 1 | 150,00 | <i>INPE</i> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| <i>PHARMACIE KADIR ALLAH ZIREB Dr. KADIR ALLAH ZIREB 22 Bd. Mohamed V - N°1 - Etage 1 - Berrechid Tél/Fax : 05 22 03 04 61 INPE : 063083499 CE:002400927000071 IF : 38483570</i> | 15/03/2024 | 242,30 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| <i>Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID Dr Ahlam IOKDANE Bd Mohamed V - N°1 - Etage 1 - Berrechid Tél/Fax : 05 22 03 04 61 INPE : 063083499 CE:002400927000071 IF : 38483570</i> | 15-03-24 | B300 + P | 230dh |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

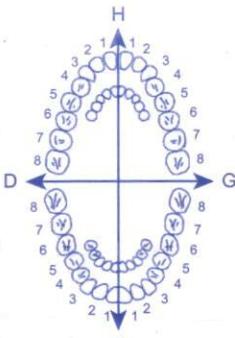
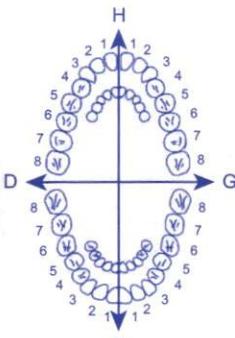
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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.

| 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | H | 25533412 00000000 | G | MONTANTS DES SOINS |
| D | 00000000 35533411 | 21433552 00000000 | B | DATE DU DEVIS |
| G | 00000000 11433553 | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. JADDAOUI Med Amine



الدكتور جداداوي محمد أمين

خريج كلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابقاً بالمركز الاستشفائي ابن رشد

طبيب عام سابق بالمكتب الشريف للفوسفاط

Diplômé de la faculté de médecine

et de pharmacie de Casablanca

Ex Médecin interne au CHU Ibn Rochd

Ex Médecin généraliste dans le groupe OCP

Berrechid, le : 15/03/84 برشيد، في :

WAOUSSI

ABDEL HEDDAD

93,40

1)

Razor 40mg SP

SV

dmt 145

69,00

IXOR 20mg SP

SV

2)

eff

0 - 0 - 1 dmt 145

79,90

3)

Kalmagas SP

SV

1 - 1 - 1

T = 242,30

DR JADDAOUI MED AMINE
MEDICAL SPECIALIST SURGEON ST.
38 RUE EL MADINA BERRECHID
TEL : 05 22 32 44 88
INPL : 06 15 18 19 70

PHARMACIE 2000
Dr. KADRI LALLA ZINEB
22 Bd. Mohamed V (Prix de la Mosquée OHOUO)
Tél : 06 22 53 36 05 Berrechid
Instagram : Pharmacie_2000

88, زنقة المدينة - برشيد 88

Tél: 05 22 32 44 88 - Gsm: 06 75 37 93 62

LDT:23D840
PER:10/2028
PPC:79,90DH

KALMAGAS®

IXOR® 20 mg 14 comprimés effervescents

PPV 73DH80
EXP 04/2025
LOT 33013 2

LOT : 636
PER : 10/26
PPV : 93.40 DH

BILAN BIOLOGIQUE

Le : 15/10/2024

Nom/Prénom : MAOURI ANDREASSEID Age : Sexe : H F

Hématologie

- NFS
- Plaquettes
- VS
- CRP
- Hémoculture + Antibiogramme

Bilan martial

- Fer sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine

Hémostase

- Temps de prothrombine
- TCK
- Fibrinogène
- INR

Bilan glycémique

- Glycémie à jeun
- HGPO
- Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

- Na⁺
- K⁺
- Cl⁻
- Ca⁺⁺
- Phosphore
- Mg⁺⁺
- Bicarbonates (HCO₃⁻)
- Urée
- Crétatnine
- Acide urique

Examen des urines

- Protéinurie des 24h
- ECBU + Antibiogramme

Autres :

Fonction hépatique et enzymologie

- Amylasémie
- Bilirubine libre et conjuguée
- Phosphatases ACIDES
- Phosphatases Alcalines
- Lactate Déshydrogénase LDH
- Transaminases ASAT, ALAT
- Gamma-GT
- CPK (Créatine Phosphokinase)
- Troponine
- Electrophorèse des protéines EPP

Sérologie et immunologie

- TPHA-VDRL
- Hépatite B
 - Antigène Hbs
 - Anticorps Anti-Hbs
 - Anticorps Anti-Hbc
 - Anticorps Anti-Hbe
- Hépatite C
 - Anticorps Anti-HVC
- Sérologie Toxoplasmose
- Sérologie Rubéole
- Facteur Rhumatoïde (Latex, Waaler Rose)
- Anticorps anti-nucléaires
- Anticorps anti-DNA natif
- ASLO
- Dosage du complément
- Serologie HIV

Examen parasitologique des selles + Coproculture

Bilan lipidique

- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Triglycérides

Groupage sanguin et AC irréguliers

- ABO
- Rhésus
- RAI

Bilan de la fonction thyroïdienne

- T3
- T4
- TSH

Bilan de la fonction rénale

- Crétatnine
- Urée plasmatique

Exploration de la prostate

- PSA

Enzymes musculaires

- LDH
- CPK
- CPK-mb

Ionogramme urinaire

- Ca⁺⁺
- Phosphore
- Na⁺
- K⁺
- Cl⁻
- Urée
- Crétatnine

DR ALBAN TOURDANE
Laboratoire de Diagnoses Moleculaires
Tél: 04 22 30 06 61
Fax: 04 22 30 06 62
E-mail: tourdane@alban.fr
Site: www.alban-tourdane.com



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° : 1240300185

BERRECHID le 15-03-2024

M. NAOURI Abdelmejid

| Récapitulatif des analyses | | |
|---|-------------|------|
| Analyse | Coefficient | Clé |
| Forfait traitement échantillon sanguin | 20 | E20 |
| Marqueur Tumoral :Antigene prostatique spécifique : PSA | 300 | B300 |

Total des B : 300

Total des HN : 0

TOTAL DOSSIER : 230.00 DH

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

Information essentielle à l'attention des patients : Nous vous rappelons que si vous bénéficiez d'une couverture par une mutuelle ou une assurance maladie, il est impératif de soumettre votre dossier à la mutuelle dans les délais (un à deux mois suivant votre mutuelle ou assurance) de la date des analyses médicales effectuées. Veuillez noter qu'**aucune modification de dates** sur la facture, le document de mutuelle ou le compte rendu ne pourra être réalisé par notre laboratoire après ce délai.

مختبر التحاليل الطبية برشيد
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



مختبر التحاليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

مختبر التحاليلات 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 - Parasitologie - Mycologie

Date du prélèvement : 15-03-2024 à 13:41

Code patient : 20210129001

Né(e) le : 04-05-1953 (70 ans)

M. NAOURI Abdelmejid

Dossier N° : 20240315023

Prescripteur : Dr JADDAOUI MOHAMED AMINE



MARQUEURS TUMORAUX

03-11-2023

1.09

Antigène Prostatique Spécifique Total

(PSA)

(Technique Chimiluminescence)

1.60 ng/mL

(<6.77)



Les résultats sont établis en fonction de l'âge.

Validé par : Dr IOURDANE AHLAM

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

مختبر التحاليلات الطبية برشيد

Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID