

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.

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



Déclaration de Maladie
N° P19-0036566

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2717 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SAIR Tibari
 Date de naissance : 01/01/1955
 Adresse : 16 rue Khaddal Hay Mauby Rachid
 Tél. : 0662441450 Total des frais engagés : 1050,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 29/09/22
 Nom et prénom du malade : F. HAMMI Zahra Age : 59
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète type 2
 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 : Sestechi Le : 29/09/22
 Signature de l'adhérent(e) :

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
20-12		3	485,00 dh	Dr. KAIDI FATIMA Endocrinologie, Gynécologie et Maladies Infectieuses Tel: 05 22 32 43 39

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie HAY AL MASSIRA 8, Lot El amal, Bd. des Fars Tel.: 0522 32 75 51	29/09/22	590,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE CENTRALES BERRECHID Dr Abdelhamid EL WATINE Pharmacien Biologiste Avenue Mohamed V, Dar Hakan derrière la Poste de	29/09/22		120,00 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX

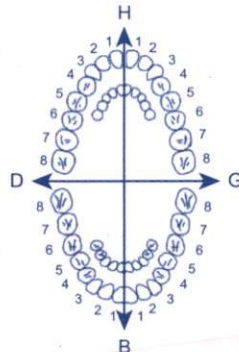
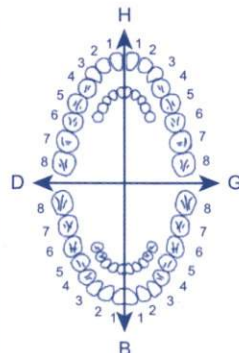
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

Dr. kaïdi fatima zahra



د. قايدى فاطمة الزهراء

- Spécialiste en endocrinologie diabétologie et maladies métaboliques
- Diplômée de la faculté médecine, de casablanca
- Ancienne interne au CHU Ibn rochd casablanca

- أخصائية بأمراض الغدد، داء السكري و أمراض الأيض
- خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
- طبيبة داغلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد

Nom : FAHMI
..... Zahra

Berrechid le : 29.09.22

- | | |
|---|---|
| <input 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"/> Ac anti tpo |
| <input type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> Ac anti recepteur TSA us |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol HDL | <input type="checkbox"/> Cortisol libre urinaire 24 h |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol LDL | <input type="checkbox"/> Corlisoémie 8 h |
| <input type="checkbox"/> Urée | <input type="checkbox"/> ACTH |
| <input type="checkbox"/> Créatinine | <input type="checkbox"/> Prolactinémie à 10 h |
| <input type="checkbox"/> Rapport Alb / creat urinaire | <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH |
| <input type="checkbox"/> Protéinurie 24h | <input type="checkbox"/> Testosteronémie |
| <input type="checkbox"/> ECBU | <input type="checkbox"/> Oestradiol |
| <input type="checkbox"/> ASAT / ALAT / GGT | <input type="checkbox"/> 17 OH progesterone matin |
| <input type="checkbox"/> Sérologie HV _B et HV _C | <input type="checkbox"/> Dérivés methoxylés sur urines de 24 h |
| <input type="checkbox"/> NFS-PQ | <input type="checkbox"/> IGF |
| <input type="checkbox"/> Uricémie | <input type="checkbox"/> Ca ²⁺ <input type="checkbox"/> Ph ²⁺ |
| <input type="checkbox"/> CRP | <input type="checkbox"/> ALB |
| <input type="checkbox"/> Fer sérique | <input type="checkbox"/> Parathormone |
| <input type="checkbox"/> PSA | <input type="checkbox"/> Autres |
| <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 | |

LABORATOIRE CENTRAL
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAMMAM
Pharmacien Diabétologue
Avenue Mohamed V, Dar Haoua
derrière la Préfecture de Police

Dr. KAÏDI FATIMA
Endocrinologie Diabétologie
et Maladies Métaboliques
Tel: 05 22 32 43 89

FACTURE N° : 22008366

BERRECHID : 29/09/2022
Nom et Prénom ... : Madame Zohra FHAMNI
Prescripteur : Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA

Bilan :
HBAC B100+

Montant Net : 120,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Cent vingt Dirhams et zéro centime

Dr. A HAWAZINE

LABORATOIRE CENTRALE ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste
Avenue Mohamed V, Dar Hakami
derrière la Préfecture de D...



INPE 063060990



Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA

Date du prélèvement : 29/09/22

Dossier édité le : 29/09/2022

Code Patient : 138639

Mme FHAMNI Zohra

Page : 1 / 1



Prélèvement Effectué au Laboratoire

290922 094

BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i

Valeurs de référence

Antécédents

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C) . . : 6,90 %

HPLC(Chromatographie liquide haute pression)sur automate D10 Bio-Rad : 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%

LABORATOIRE CENTRALE ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhakid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste
Avenue Mohamed V. Dar Hakami
derrière la Préfecture de Police



INPE 063060990

Dr. KAIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدى فاطمة الزهراء

إختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي

ابن رشد

Ordonnance

Nom : F. Hammi Zahra

Berrechid, le : 29-09-22

Pharmacie HAY AL MASSIRA
8, Lot El amal Bd des Fais
Tél.: 0522 32 75 51

25.06 x 6

1) 1 p Glucosyl 1g



- midi

- Soir après repas

89.00

54.30

2) Dicumil 30



1 cp avant pt de lit

116.80

3) 3 Lipantyl 160



2 Soir après

116.00

4) Stimaf 100



2 Soir après

690.30

LOT: 0410
PER: 07 2025
PPV: 46.00DH

20 ampoules buvables
de 10 ml



6 118000 370017

Tél: (+212) 5 22 324

ah - 1er Etage N°3 (en face carrefour) - Berrechid

545 315 - Email: kaidiendocrinologue@yahoo.com

608070A

maphar ○

Zi Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc

LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V. : 116,80 DH



6 118001 181636

608070A

maphar ○

Zi Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc

LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V. : 116,80 DH



6 118001 181636

608070A

maphar ○

Zi Zenata Aïn Sebâa, Casablanca, Maroc

LIPANTHYL® 160 mg CP PEL B30

P.P.V. : 116,80 DH



6 118001 181636

89,00

54,30

25,10

25,10

25,10

25,10

25,10

25,10

VR