

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.

M22- 0037134

159396

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2475 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre:

Nom & Prénom : Mengassi Azeddine

Date de naissance :

Adresse : La T du par 48 Ap 3 Fl

Tél. 0665 884857 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/04/2013

Nom et prénom du malade : Mengassi Azeddine

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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
17.06.93	Ca	CS	250,00	 ASSINE Endocrinologie, 10 rue des Palmiers 93170 Suresnes Tél. 01 35 94 27 00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
	17/4/23	267.11 Dhs

REANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	13/04/23	B100	1100€

AUXILIAIRES MEDICAUX

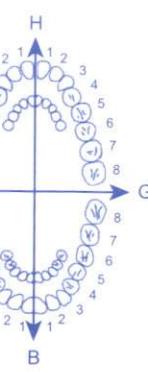
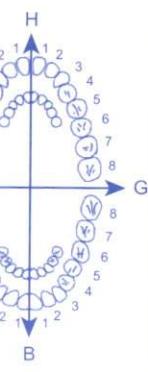
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montants des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>G</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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'EXECUTION														



Dr Imane YASSINE

دكتور إيمان ياسين

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie & Maladies Métaboliques

اختصاصية في أمراض الغدد
السكري والأمراض الأيضية

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès
- Cytoponction Echoguidée de la Thyroïde

- خريجة كلية الطب والصيدلة بفاس
- الفحص وأخذ عينات الغدة الدرقية بالصدى

FES le : 17/04/2023

Mr MENGAD AZZEDDINE

ORDONNANCE

550,00 x 4

JARDIANCE 25 MG

1 cp/jr avant dejuner

(S.V)

65,30 x 6

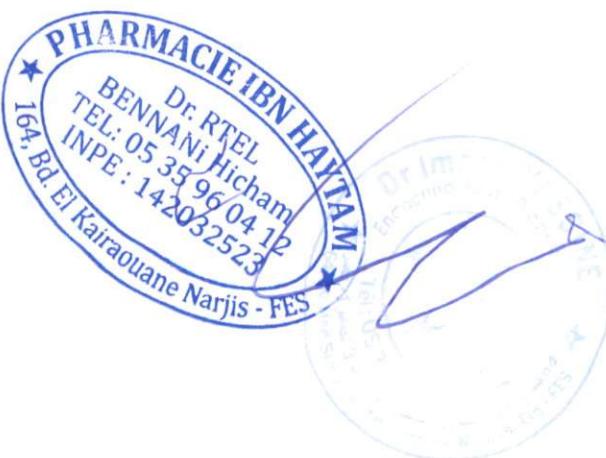
GLUCOPHAGE 850 MG

1cp 3 fois/jr apres repas

(- Traitement de 4 mois -)

267,80

RENDEZ-VOUS FIXE LE :21/04/2023 POUR CONTRÔLE 1



Cabinet d'Endocrinologie, Diabétologie & Maladies Métaboliques

64, Av. Md Slaoui, Bureaux des Palmiers, N°3, 1^{er} Etage - FES
شارع محمد السلاوي، مكاتب النخيل، مكتب رقم 3 الطابق 1 - فاس
Tél : 05 35 94 26 22 • ☎ : 06 73 76 00 38 • E-mail : endocrinofes@gmail.com

Excipients : qsp1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Ce médicament ne nécessite aucune précaution

particulière de conservation

Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé

conformément à la réglementation locale en vigueur.

Liste I - Médicament soumis à prescription médicale

يحتوي كل قرص على 25 ملг من الأمباغليفلوزين

أو سوجة : كمية كافية لقرص واحد

سوا غذى تأثير معلوم : مونوهيدرات اللاكتوز

اقرأ النشرة قبل الاستعمال

يحفظ بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال

لا يقتضي هذا الدواء شروطاً خاصة للحفظ

يتم التخلص من كل منتج غير مستعمل أو نهاية ناجمة عنه

وفقاً للقوانين المعمول بها محلياً

القائمة رقم I — دواء خاضع لوصفة طبية



6 118001 041084

Jardiance 25 mg
(Empagliflozine)

30 Comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 550 DH 00

313854-02

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعتات الموصوفة

Excipients : qsp1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Ce médicament ne nécessite aucune précaution

particulière de conservation

Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé

conformément à la réglementation locale en vigueur.

Liste I - Médicament soumis à prescription médicale

يحتوي كل قرص على 25 ملг من الأمباغليفلوزين

أو سوجة : كمية كافية لقرص واحد

سوا غذى تأثير معلوم : مونوهيدرات اللاكتوز

اقرأ النشرة قبل الاستعمال

يحفظ بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال

لا يقتضي هذا الدواء شروطاً خاصة للحفظ

يتم التخلص من كل منتج غير مستعمل أو نهاية ناجمة عنه

وفقاً للقوانين المعمول بها محلياً

القائمة رقم I — دواء خاضع لوصفة طبية



6 118001 041084

Jardiance 25 mg
(Empagliflozine)

30 Comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 550 DH 00

313854-02

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعتات الموصوفة

Excipients : qsp1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Ce médicament ne nécessite aucune précaution

particulière de conservation

Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé

conformément à la réglementation locale en vigueur.

Liste I - Médicament soumis à prescription médicale

يحتوي كل قرص على 25 ملг من الأمباغليفلوزين

أو سوجة : كمية كافية لقرص واحد

سوا غذ ذو تأثير معلوم : مونوهيدرات اللاكتوز

اقرأ النشرة قبل الاستعمال

يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال

لا يقتضي هذا الدواء شروطا خاصة للحفظ

يتم التخلص من كل منتج غير مستعمل أو نهاية ناجمة عنه

وفقاً للقوانين المعمول بها محلياً

القائمة رقم I — دواء خاضع لوصفة طبية



6 118001 041084

Jardiance 25 mg
(Empagliflozine)

30 Comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 550 DH 00

313854-02

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعتات الموصوفة

Excipients : qsp1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Ce médicament ne nécessite aucune précaution

particulière de conservation

Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé

conformément à la réglementation locale en vigueur.

Liste I - Médicament soumis à prescription médicale

يحتوي كل قرص على 25 ملг من الأمباغليفلوزين

أو سوجة : كمية كافية لقرص واحد

سوا غذى تأثير معلوم : مونوهيدرات اللاكتوز

اقرأ النشرة قبل الاستعمال

يحفظ بعيداً عن مرأى و متناول الأطفال

لا يقتضي هذا الدواء شروطاً خاصة للحفظ

يتم التخلص من كل منتج غير مستعمل أو نهاية ناجمة عنه

وفقاً للقوانين المعمول بها محلياً

القائمة رقم I — دواء خاضع لوصفة طبية



6 118001 041084

Jardiance 25 mg
(Empagliflozine)

30 Comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 550 DH 00

313854-02

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعتات الموصوفة

45,20

45,20

45,20

45,20

45,20

45,20



Dr Imane YASSINE

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie & Maladies Métaboliques

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès
- Cytoponction Echoguidée de la Thyroïde

د. إيمان ياسين

اختصاصية في أمراض الغدد
السكري والأمراض الأيضية

- خريجة كلية الطب والصيدلة بفاس
- الفحص وأخذ عينات الغدة الدرقية بالصدى

FES le :

13-04-23

Mr MENGAD AZZEDDINE

Bilan biologique

Faire pratiquer S.V.P:

HBA1c

Dr Imane YASSINE
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie & Maladies Métaboliques
Bureau: 05 35 94 26 22 - Fax: 05 35 65 46 14
Mobile: 05 35 94 26 22 - Email: endocrinofes@gmail.com

LABORATOIRE TAGEMOUATI D'ANALYSES MEDICALES

Docteur RAJAË TAGEMOUATI

**IF: 15407936 -- PATENTE: 13111311 -- CNSS: 2139899
INPE: 143001824 -- ICE: 001686548000048**

FES LE: 13/04/2023

FACTURE N° 1726/23

Médecin

Nom du patient **MR MENGAD AZZEDDINE**

Examens **- HbG**

Cotation **B 100**

Montant **110,00 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de: **CENT DIX DIRHAMS**

اللaboratoire التحاليل الطبية
Laboratoire TAGEMOUATI D'Analyses Médicales
Docteur RAJAË TAGEMOUATI
Tél.:05.35.65.43.38 / Fax 05.35.65.46.14
ICE:001686548000048-INPE:143001824

15, Avenue Lalla Meryem. Rés AL Imam Malik. 1er Etage. FES(V.N)

Tél: 05.35.65.43.37/38. Fax: 05.35.65.46.14

LABORATOIRE TAGEMOUATI D'ANALYSES MEDICALES

Docteur RAJA TAGEMOUATI

Médecin Biogiste

Spécialiste en Hématologie, Bactériologie, Biochimie
Immunologie, et Parasitologie
Diplômée de la faculté de Médecine de Montpellier

Prélèvement du : 13/04/2023

Résultats édités le: 13/04/2023

MR MENGAD AZZEDDINE

Dossier N° 161565

Page: 1/1

BIOCHIMIE SANG.
(Tosoh Automated Glycohemoglobin Analyzer)

HEMOGLOBINE GLYQUEE HbA1c

Technique : HPLC-723 GX

Valeurs de référence

Résultat: **7,70 %**

(*)

< 6,5 %

Antécédent du 03/11/22 - 09:05 : 7,40 %

Total de pages: 1

LABORATOIRE TAGEMOUATI
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Raja TAGEMOUATI
5, Avenue Lalla Meryem, Rés AL Imam Malik, 1er Etage - FES
Tél: 05 35 65 43 37 / 05 35 65 43 38
M.P.E. 142001224 - I.C.E. 001686548000048
Email: lab_tag@outlook.fr

Rapport de patient

Bio-Rad DATE : 13/04/2023
D-10 HEURE : 14:38
N° Série : #LDJ9D37894801 Version Logiciel : 4.30-2
Id. de l'échantillon : 230413024
Date d'injection : 13/04/2023 14:38
N° d'injection : 3 Méthode : HbA1c
N° de portoir : --- Position du portoir : 3

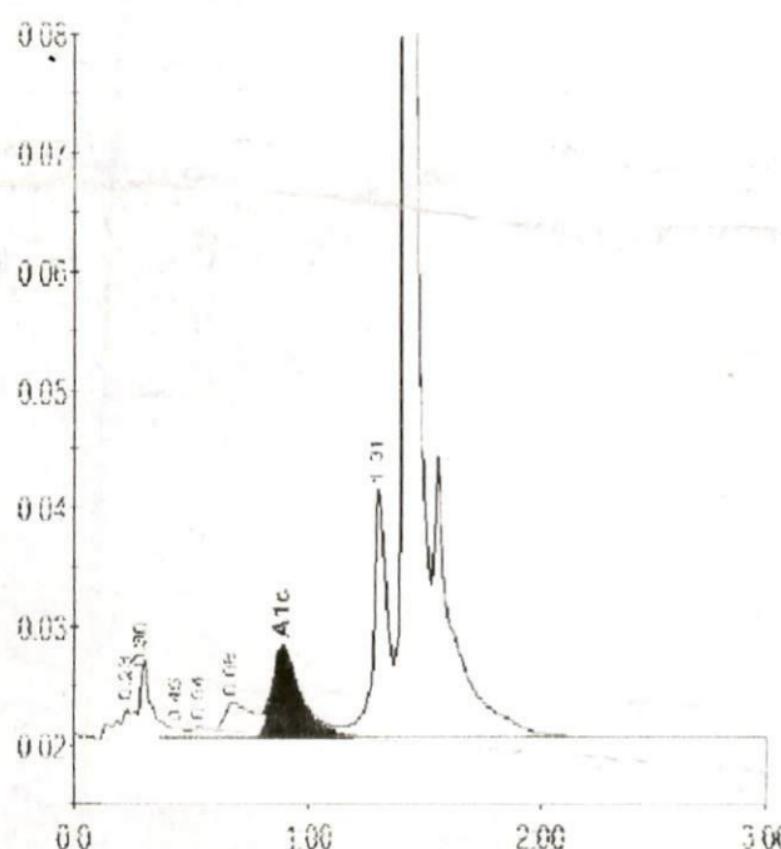


Table des pics - ID : 230413024

Pic	Tps. Ret	Hauteur	Aire	% Aire
A1a	0.23	2625	13821	1.1
A1b	0.30	6552	23365	1.9
Unknown	0.45	774	2557	0.2
F	0.54	908	4867	0.4
LA1c/CHb-1	0.68	3025	25538	2.1
A1c	0.89	7508	65875	7.7
P3	1.31	20942	85092	6.9
A0	1.43	429207	1007140	82.0
Aire totale :		1228254		

Concentration	%
A1c	7.7