

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

N° W21-798681

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
029 27

Actif

Pensionné(e)

Société :

160399

Nom & Prénom : EZZAHIR ZAHRA EP BAKHTAR

Date de naissance : 1935

Adresse :

Tél. : 0663 18 47 52

Total des frais engagés : 3466,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

04/08/2023

ZAHRA

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Age :

Enfant

Nature de la maladie :

Dialyse + HTA

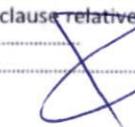
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



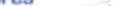
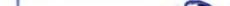
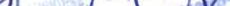
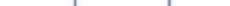
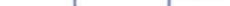
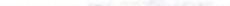
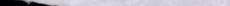
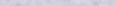
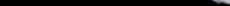
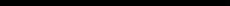
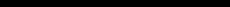
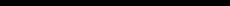
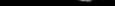
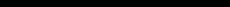
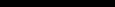
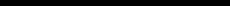
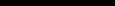
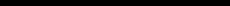
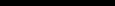
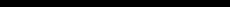
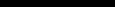
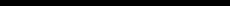
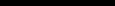
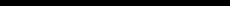
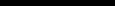
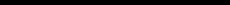
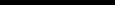
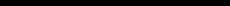
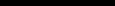
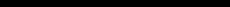
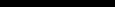
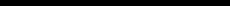
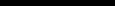
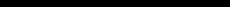
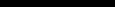
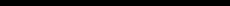
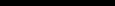
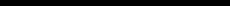
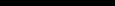
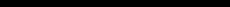
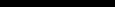
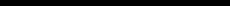
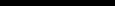
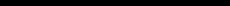
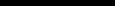
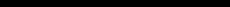
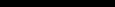
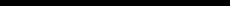
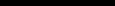
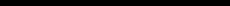
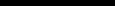
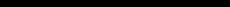
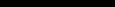
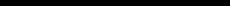
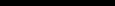
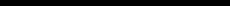
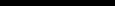
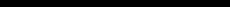
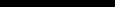
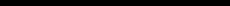
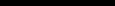
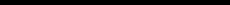
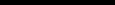
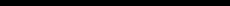
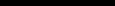
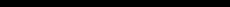
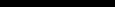
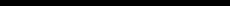
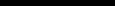
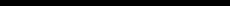
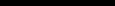
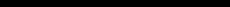
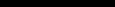
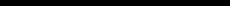
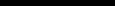
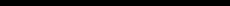
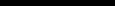
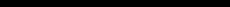
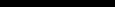
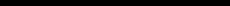
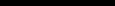
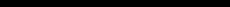
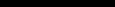
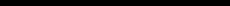
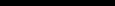
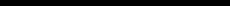
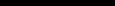
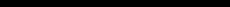
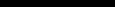
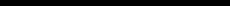
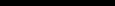
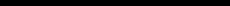
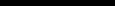
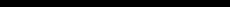
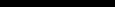
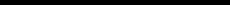
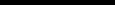
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
03/07/2025 B2			G	INP 09/12/2025 LARIBELA MICHAEL GILLE ALAIN Liste
04/07/2025 C			200 DA	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DU MARCHÉ 18, AV. DE LA MÉDÉD 75018 PARIS TÉL. 01 43 28 02 26	4 5 23	3113,50

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
03/05/23	B130	153,00,04	                                                                                                                                                                                                                                                                                          <img alt="Handwritten signature of Dr. G. Chabot" data-bbox="

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

REFRENCE

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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	INP : [ ]																
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]																
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]																
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> [ ]																
				<b>FIN D'EXECUTION</b> [ ]																
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>																			
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B		11433553		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> [ ]
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000																				
35533411																				
B																				
11433553																				
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> [ ]																
				<b>DATE DU DEVIS</b> [ ]																
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> [ ]																

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DR. AMAL ZARHLOULE

OMNIPRATICIENNE  
DIU EN DERMATOLOGIE INTERVENTIONNELLE  
LASERS MEDICALS A VISAGE ESTHETIQUE  
NUTRITION ET MICRO-NUTRITION DIABETOLOGIE  
ECHOGRAPHIE GENERALE



091267278

Casablanca, le :

Dr. Amal Zarhoul  
Diabetology  
Micronutrition  
Tel: 05 22 82 46 33  
03/05/2023

Dr. Amal Zarhoul  
Diabetology  
Micronutrition

Dr. Amal Zarhoul  
Diabetology  
Micronutrition  
Tel: 05 22 82 46 33

Dr. Amal Zarhoul  
Diabetology  
Micronutrition  
Tel: 05 22 82 46 33

شارع موديبو كيتا، سيدى معروف 3، زنقة 13، رقم 3، الطابق الأول، الشقة 1 - الدار البيضاء  
Bd. Modibo keita, Sidi maarouf 3 - Rue 13 N°3, 1<sup>er</sup> étage, App.N°1, CASABLANCA  
Tél. : 05 22 82 46 33      البريد الإلكتروني : amalzarh2002@gmail.com

Dr. CHEKKOURY IDRISI Sofia

Pharmacienne Biologiste

- Lauréate de la Faculté de Pharmacie de Grenade (Espagne)
- Ex-interne au CHU d'Albacete (Espagne)
- Diplôme universitaire en Procréation médicalement assistée UMH Alicante (Espagne)



### Compte rendu d'analyses

الدكتورة صوفيا الشقوري الإدريسي  
صيدلانية إيجيائية

- خريجة كلية الصيدلة بغرناطة (إسبانيا)
- داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي بألبسيطي (إسبانيا)
- دبلوم جامعي في المساعدة الطبية على الإنجاب بجامعة ألكانتا (إسبانيا)

Dossier N° : 030523-002 Pvt du: 03/05/2023 7:55

Nom : Mme EZZAHIR Zahra

Prescripteur Dr : ZARHLOULE Amal

Page : 1 / 1

### BIOCHIMIE

Automate : Indiko Plus Thermoscientific

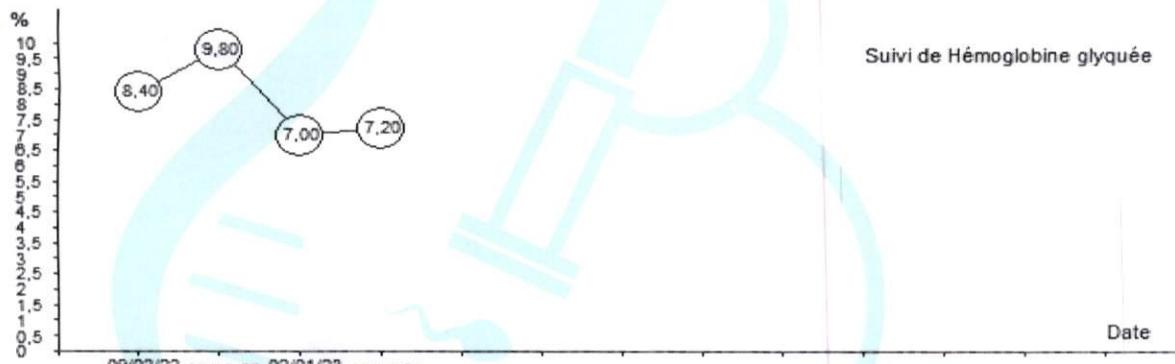
Valeurs Usuelles

Antériorité

HEMOGLOBINE GLYCOSYLEDÉ

: 7,20 %

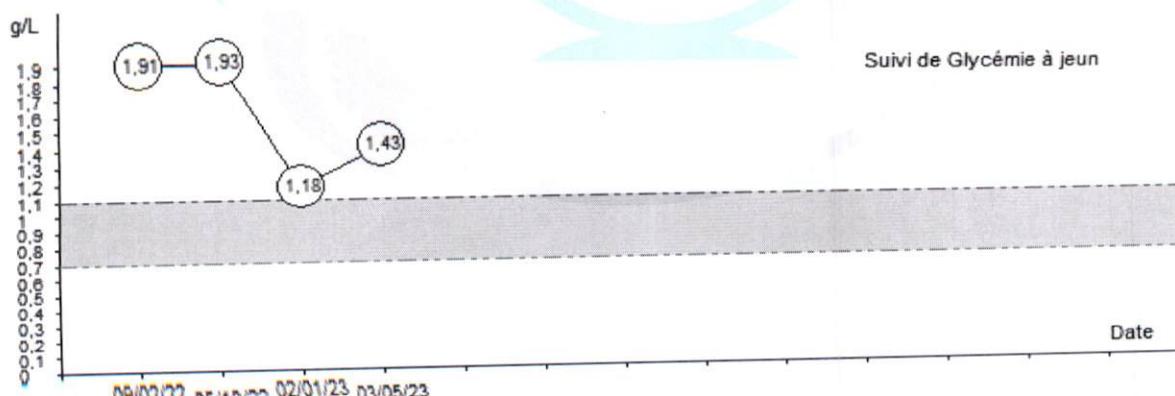
interprétation des résultats selon la standardisation du NGSP  
 - HbA1C entre 4 et 6 % : intervalle non diabétique normale.  
 - HbA1C inférieur à 6,5 % : excellent équilibre glycémique (DNID)  
 - HbA1C inférieur à 7 % : excellent équilibre glycémique (DID).  
 - HbA1C supérieur à 7 % : action corrective suggérée.



Glycémie à jeun

: 1,43 g/L  
7,94 mmol/L

( 0,7 - 1,1 )  
( 3,89 - 6,11 )



Nous vous remercions de votre confiance

Dr. S. CHEKKOURY IDRISI  
Laboratoire BIOCEN

BIO-CENTRE

522, Avenue 2 Mars - Casablanca  
Tél : 05 22 28 41 60 - E-mail : biocentrecasablanca@gmail.com

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BIOCENTRE CASABLANCA

Dr. CHEKKOURY IDRISI SOFIA

Adresse : 522, Avenue du 2 mars ( à côté de l'hôpital My El Hassan 'BOUAFI'  
Téléphone : 05 22 28 41 60 - E-mail : biocentrecasablanca@gmail.com

## Facture

N° facture 23-2216

Date de prélèvement 03/05/2023

Mme EZZAHIR Zahra

Code Acte	Designation Acte	Cotation
HBA1C	Hémoglobine glyquée	100
GLY	Glycémie à jeun	30

Total B	130
Total en dirhams	153,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent cinquante-trois dirhams\*\*\*

Dr. CHEKKOURY IDRISI  
Laboratoire BIOCENTRE  
522 Avenue 2 Mars - Casablanca

DR. AMAL ZARHLOULE

OMNIPRATICIENNE

DIU EN DERMATOLOGIE INTERVENTIONNELLE  
LASERS MÉDICAUX À VISÉE ESTHÉTIQUE  
NUTRITION ET MICRO-NUTRITION, DIABÉTOLOGIE  
ÉCHOGRAPHIE GÉNÉRALE



091267278

دكتورة آمال زهلاوة

ب العام

م جاهز في أمراض الجلد التد\_axية  
در الطبي من أجل التجميل و التقنيات المعاصرة  
من أجل التجميل.  
للتقدية والتقدية الدقيقة  
أمراض السكري و الفحص بالصدى

Casablanca, le :

04/05/2023

3x60,00

2241122400

1) Seline 3mg CP

1cp - 0 - 10/2

2) Somat 50 11000 CP

3x437,00 1cp - 1cp 1/2

3) Amba 5110mg CP

3x246,00 1cp 1/2

4) Alrovil 150mg CP

3x158,33 1cp 1/2

5) Kardexig 750

6x30,70 1cp 1/2

6) Zymic 500 mg

2x313,00 1cp 1/2



4 001728370051

NASSIR  
LOULE  
e 48 N° 11  
blanca  
8 02 26

شارع موديبو كيتا، سيدى معروف 3، زنقة 13، رقم 3، الطابق الأول، الشقة 1 - الدار البيضاء  
Bd. Modibo keita, Sidi maarouf 3 - Rue 13 N°3, 1<sup>er</sup> étage, App.N°1, CASABLANCA  
الهاتف : 05 22 82 46 33 Email : amalzarh2002@gmail.com البريد الإلكتروني :

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

P.P.V 600DH00  
PER 12/24  
LOT L4216

49,00

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
LOT : 23E001  
PER : 10/2024

6 118000 061847

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

Distribué par MSD MAROC.  
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.  
P.P.V: 437,00 DH.

P.P.V 600DH00  
PER 12/24  
LOT L4216

LOT 222187  
EXP 06 2026  
PPV 31.30



P.P.V 600DH00  
PER 12/24  
LOT L4216

LOT : M0884  
PER : 10/2024  
PPU : 29,00 DH

LOT : M0829  
PER : 01/2024  
PPU : 51,90 DH

49,00

AMLOR PLUS 5MG/10MG 30 CPS  
P.P.V : 246DH00  
6 118001 170777  
Ne pas utilisé c'est ouvert

Laboratoires  
Pfizer S.A.

LOT 222187  
EXP 06 2026  
PPV 31.30

AMLOR PLUS 5MG/10MG 30 CPS  
P.P.V : 246DH00  
6 118001 170777  
Ne pas utilisé c'est ouvert

Laboratoires  
Pfizer S.A.

