

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-687028

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1207

Société :

RAM

AGA

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

FATIHI ABDELLAH

Date de naissance :

1/1/1959

Adresse :

CASA Bernoussi

0632958237

Tél. : 0674066878

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin : **OUZIT Souad**

Omnipraticien  
DIUien Diabétologue et Diététicien  
373 - Bd Souihel, Erouma  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
Tél. : 05 22 73 72 72

Cachet du médecin :

Date de consultation :

20

Nom et prénom du malade :

FATIHI Ali YANI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

gout

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

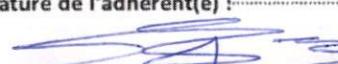
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



DDAC



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
09/07/23	C		20000	INP : 09/07/23
22/07/23	C		10000	09/07/23

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/02/23	869,70

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE B.A.B. ANALYSES MEDICALES d. Imam Chafii, N° 7 Lot. 23 Bol. Alhamadia Hy El Qods Boulevard Bernoussi - Casablanca	21/02/2023	B 100 2.23	100,00 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
ODF PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H 25633412   21433552 00000000   00000000 D   00000000   00000000 35533411   11433553 G B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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. OUZIT Souad**

**Medecine Générale**

Diplômée de la Faculté  
de médecine de montpellier  
en Diététique et Diabétologie

**الدكتورة سعاد أوزيت**

**الطب العام**

حاصلة من كلية الطب بمونبولي  
على دبلوم جامعي في التغذية و داء السكري

Casablanca le: ..... **22 février 2023** الدار البيضاء في

**Mme DIYANI FATIHA**

THYROZOL 10 mg

1.0.1

LEVOTHYROX 25

1 cp / j

D3 NORM GOUTTE BUVABLE 200 UI

10GOUTTES / J

5 gouttes / j pd 3 mois

Traitemen~~t~~ pendant : 6 Mois

Rendez vous le :

373 شارع صهيب الرومي الطابق الأول - منصور 3 البرنوسي / البيضاء - الهاتف : 05 22 73 72 72

373, Bd, Souhaib Erroumi 1er Etage Mansour III-Bernoussi - Casa - Tél.: 05 22 73 72 72

Prélèvement du : 21/02/2023 à 10:52

Résultats édités le: 21/02/2023



Prescripteur: Docteur OUZIT SOUAD

**MME DIYANI FATHIHA**

Dossier N° 23B422

Page: 1/1

**HORMONES SANG**  
(Sur Automates VIDAS , Cobas E411 - Roche®)

**TSH ultrasensible..... 2,02** µUI/ml 0,25 à 5,00 µUI/ml  
(Technique : ELFA - VIDAS Biomérieux)

Interprétation :

Sup à 7 µUI/ml : hypothyroïdie

0.25 - 5 µUI/ml : Euthyroïdie

Inf à 0.25 µUI/ml : hyperthyroïdie

Valeurs de référence chez la femme enceinte :

1er trimestre : 0,10 à 2,50 - 2ème trimestre : 0,20 à 3,00 - 3ème trimestre : 0,30 à 3,00

**VITAMINES**  
(Sur Automates VIDAS , Cobas E411 - Roche®)

**VITAMINE D : D2 + D3..... 10,70** ng/ml  
(ELFA - VIDAS Biomérieux) 26,75 nmol/L

Valeurs de référence de la 25-(OH)-vitamine D selon les recommandations de GRIO

	ng/mL	nmol/L
Carence vitaminique D	< 20	< 50
Insuffisance vitaminique D	20 à < 30	50 à < 75
Taux recommandés	30 à 100	75 à 250
Possible intoxication vitaminique D :	> 150	> 375

Demande validée biologiquement par: Dr AbdelAziz AMACHKI

Total de pages: 1

LABORATOIRE C.B.A  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. AMACHKI Abdelaziz

**INPE :**  
**093064640**

**FACTURE N° 1398/23**

CASABLANCA le **21/02/2023**  
 Nom et prénom **MME DIYANI FATIHA**  
 Référence **23B422**  
 Médecin prescripteur **Docteur OUZIT SOUAD**

<b>Acte de biologie demandé</b>	<b>Cotation (B)</b>
TSHu.TSH ultrasensible.THYREOSTIMULINE	250
VITAMINE D 25 HYDROXY-CHOLECALCIFEROL D2 + D3	450
<b>Total du (B)</b>	<b>B 700</b>
Prise de sang (PC)	0,00 DH
<b>Montant en DH</b>	<b>700,00 DH</b>

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

**LABORATOIRE C.B.A**  
**D'ANALYSES MEDICALES**  
Bd. Imam Chafii, N° 7, Lot. 23  
Lotis. Al Hamdia Hay El Qods  
Sidi Bernoussi - Casablanca

# BILAN BIOLOGIQUE

Le 07/02/83

Nom/Prénom : EDYANET FATHI Date : 05/02/83  
Sexe : F Outils Soins

<b>Hématologie</b> <input type="checkbox"/> NFS <input type="checkbox"/> Plaquettes <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> Hémoculture + Antibiogramme	<b>Fonction hépatique et enzymologie</b> <input type="checkbox"/> Amylasémie <input type="checkbox"/> Bilirubine libre et conjuguée <input type="checkbox"/> Phosphatas Alcalines <input type="checkbox"/> Lactate Déshydrogénase LDH <input type="checkbox"/> Transaminases ASAT, ALAT <input type="checkbox"/> Gamma-GT <input type="checkbox"/> CPK (Créatine Phosphokinase) <input type="checkbox"/> Troponine <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protéines EPP <input type="checkbox"/> BNP	<b>Bilan lipidique</b> <input type="checkbox"/> Cholestérol total <input type="checkbox"/> Cholestérol HDL <input type="checkbox"/> Cholestérol LDL <input type="checkbox"/> Triglycérides
<b>Bilan martial</b> <input type="checkbox"/> Fer sérique <input type="checkbox"/> CTF <input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> Transferrine	<b>Sérologie et immunologie</b> <input type="checkbox"/> TPHA-VDRL <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Antigène Hbs <input type="checkbox"/> Anticorps Anti-Hbs <input type="checkbox"/> Anticorps Anti-Hbc <input type="checkbox"/> Anticorps Anti-Hbe <input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/> Anticorps Anti-HVC <input type="checkbox"/> Sérologie Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Sérologie Rubéole <input type="checkbox"/> Facteur Rhumatoïde (Latex, Wader Rose) <input type="checkbox"/> Anticorps anti-nucléaires <input type="checkbox"/> Anticorps anti-DNA natif <input type="checkbox"/> ASLO <input type="checkbox"/> Dosage du complément <input type="checkbox"/> Serologie HIV	<b>Groupage sanguin</b> <input type="checkbox"/> ABO <input type="checkbox"/> Rhésus <input type="checkbox"/> RAI
<b>Hémostase</b> <input type="checkbox"/> Temps de prothrombine <input type="checkbox"/> TCK <input type="checkbox"/> Fibrinogène <input type="checkbox"/> INR	<b>Bilan thyroïdien</b> <input type="checkbox"/> T3L <input type="checkbox"/> T4L <input checked="" type="checkbox"/> TSH	<b>Ionogramme urinaire</b> <input type="checkbox"/> Ac Anti - TPO <input type="checkbox"/> Ac Anti - TG <input type="checkbox"/> TRAK
<b>Bilan glycémique</b> <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun <input type="checkbox"/> GPP <input type="checkbox"/> HGPO 75 g <input type="checkbox"/> Hémoglobine glyquée	<input type="checkbox"/> Ca <sup>++</sup> <input type="checkbox"/> Phosphore <input type="checkbox"/> Na <sup>+</sup> <input type="checkbox"/> K <sup>+</sup> <input type="checkbox"/> Cl <sup>-</sup> <input type="checkbox"/> Cr <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Créatinine	<b>Exploration de la prostate</b> <input type="checkbox"/> PSA <i>2000</i>
<b>Ionogramme sanguin</b> <input type="checkbox"/> Na <sup>+</sup> <input type="checkbox"/> K <sup>+</sup> <input type="checkbox"/> Cl <sup>-</sup> <input type="checkbox"/> Ca <sup>++</sup> <input type="checkbox"/> Phosphore <input type="checkbox"/> Mg <sup>++</sup> <input type="checkbox"/> Bicarbonates (HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> ) <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Créatinine <input type="checkbox"/> Acide urique		
<b>Examen des urines</b> <input type="checkbox"/> Protéinurie des 24h <input type="checkbox"/> ECBU + Antibiogramme <input type="checkbox"/> Microalbuminurie des 24h <input type="checkbox"/> Microalbuminurie sur échantillon d'urine du matin		
Autres : .....		

05/02/83  
Sidi Bennour  
373 - Bd Soubhan El Bouri  
D.U. en Diabétologie et Diététique  
Dr. GENEVIEVE SOUDÉ

**Thyrozol 10 mg Comprimé**  
pelliculé sécable, Boîte de 30  
PPV : 50,10 Dhs  
Pharmacien Responsable :  
Amina DAOUDI  
  
6 118001 103065

**Thyrozol 10 mg Comprimé**  
pelliculé sécable, Boîte de 30  
PPV : 50,10 Dhs  
Pharmacien Responsable :  
Amina DAOUDI  
  
6 118001 103065

**Thyrozol 10 mg Comprimé**  
pelliculé sécable, Boîte de 30  
PPV : 50,10 Dhs  
Pharmacien Responsable :  
Amina DAOUDI  
  
6 118001 103065

**Thyrozol 10 mg Comprimé**  
pelliculé sécable, Boîte de 30  
PPV : 50,10 Dhs  
Pharmacien Responsable :  
Amina DAOUDI  
  
6 118001 103065

**Thyrozol 10 mg Comprimé**  
pelliculé sécable, Boîte de 30  
PPV : 50,10 Dhs  
Pharmacien Responsable :  
Amina DAOUDI  
  
6 118001 103065

**Thyrozol 10 mg Comprimé**  
pelliculé sécable, Boîte de 30  
PPV : 50,10 Dhs  
Pharmacien Responsable :  
Amina DAOUDI  
  
6 118001 103065

**Thyrozol 10 mg Comprimé**  
pelliculé sécable, Boîte de 30  
PPV : 50,10 Dhs  
Pharmacien Responsable :  
Amina DAOUDI  
  
6 118001 103065

**Thyrozol 10 mg Comprimé**  
pelliculé sécable, Boîte de 30  
PPV : 50,10 Dhs  
Pharmacien Responsable :  
Amina DAOUDI  
  
6 118001 103065

**Thyrozol 10 mg Comprimé**  
pelliculé sécable, Boîte de 30  
PPV : 50,10 Dhs  
Pharmacien Responsable :  
Amina DAOUDI  
  
6 118001 103065

**Thyrozol 10 mg Comprimé**  
pelliculé sécable, Boîte de 30  
PPV : 50,10 Dhs  
Pharmacien Responsable :  
Amina DAOUDI  
  
6 118001 103065

Lot:  
A consommer  
avant le:  
PPC : 89,50 DH

220641

08/2025

**Thyrozol 10 mg Comprimé**  
pelliculé sécable, Boîte de 30  
PPV : 50,10 Dhs  
Pharmacien Responsable :  
Amina DAOUDI  
  
6 118001 103065

Lot:  
A consommer  
avant le:  
PPC : 89,50 DH

220641

08/2025

Lot:  
A consommer  
avant le:  
PPC : 89,50 DH

220641

08/2025

PPC : 89,50 DH