

# 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

|                                |  |  |          |
|--------------------------------|--|--|----------|
| Matricule :                    | 0704   | Société :                                      | 163784   |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | Autre :  | ABDELLAH |
| Nom & Prénom :                 |  | BASRANE ABDELLAH                               |          |
| Date de naissance :            |  | 1 / 1 / 47                                     |          |
| Adresse :                      |  | Résidence Melak 3 N° 1<br>ville verte Boukhene |          |
| Tél. :                         |  | 0661230784 Total des frais engagés, 199,70 Dhs |          |

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/05/2023

Nom et prénom du malade : BASRANE ABDELLAH Age: 76

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète + affection thyroïde

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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le 05/05/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 05/05/2023      |                   |                       | 300                             | Autographe de Dr. A. M. T. (Nutrition, Diabéto-endocrinologie) |
| 16/05/2023 CH   |                   |                       | 5                               | Autographe de Dr. A. M. T. (Nutrition, Diabéto-endocrinologie) |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| Autographe de Dr. A. M. T.             | 16/05/23 | 1803                  |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| Autographe de Dr. A. M. T.                          | 08/05/2023 | 838.650                      | 896.00                 |

### 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               | CCEFFICIENT DES TRAVAUX                        |
|--|---------------------------|---------------------------|---------------------------|--|
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
| MONTANTS DES SOINS   |                           |                           |                           | DEBUT D'EXECUTION                              |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
| FIN D'EXECUTION  |                           |                           |                           | CCEFFICIENT DES TRAVAUX                        |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
| DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE  | H<br>25533412<br>00000000 | G<br>21433552<br>00000000 | B<br>35533411<br>11433553 | MONTANTS DES SOINS                             |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
| [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                           |                           |                           | DATE DU DEVIS                                  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
| DATE DE L'EXECUTION  |                           |                           |                           | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
|  |                           |                           |                           |  |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION  |                           |                           |                           |  |



**مختبر منظرونا للتحاليلات الطبية  
LABORATOIRE MANDARONA  
D'ANALYSES MEDICALES**

Page : 1/1

**Dr Yahya BENGHALEM**

Pharmacien Biologiste

Lauréat de la faculté de Pharmacie de  
Montpellier

**Dr Abderrahmane BOUMZEBRA**

Pharmacien Biologiste

Diplômé des facultés de Médecine et de la Pharmacie de  
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Dossier ouvert le : 08/05/23

Prélèvement effectué à 10:20

Edition du : 18/05/23

**Monsieur BADRANE ABDELHAK**

**Docteur OTMAN TAZI**

Réf. : 23E434

Compte Rendu d'Analyses

**BIOCHIMIE SANGUINE**  
(Cobas Roche C-311)

| Normales | Antériorités |
|----------|--------------|
|          |              |

|  |          |          |           |      |
|--|----------|----------|-----------|------|
| Hémoglobine glyquée-----<br>(Technique HPLC D10 BIO-RAD) | 6,70 * % | 07/09/22 | 4,5 - 6,3 | 6,30 |
|--|----------|----------|-----------|------|

Les valeurs usuelles sont de 4,5 à 6,3 % lorsque les glycémies sont normales.

Les études modernes ont montré que le diabète est :

Bien équilibré lorsque le taux est inférieur à 6,5%

Moyennement lorsqu'il est entre 6,5 à 7,5 %

Mal équilibré au-delà de 8%

A l'évidence les exigences doivent tenir compte de l'âge, de l'ancienneté du diabète et des autres problèmes.

**HORMONOLOGIE**

|   |                  |          |      |
|---|------------------|----------|------|
| T S H us-----<br>(Chimiluminescence COBAS ROCHE E411) | 1,64      µUI/ml | 0,27 - 5 | 2,99 |
|---|------------------|----------|------|

La TSH est l'indicateur le plus sensible pour évaluer un dysfonctionnement thyroïdien.

Une variation minime de T4L provoque une réponse très amplifiée de la TSH.

Cependant, la TSH répond aux variations de la T4L avec un temps de latence important, au moins 8 semaines pour une réponse complète.

**MARQUEURS**

|   |                  |       |
|---|------------------|-------|
| P.S.A. us Total -----<br>(Chimiluminescence COBAS ROCHE E411) | 1,970      ng/ml | 2,200 |
|---|------------------|-------|

Interprétation

|             |   |       |
|-------------|---|-------|
| < 40ans     | : | < 1,4 |
| 40 à 50 ans | : | < 2,0 |
| 50 à 60 ans | : | < 3,1 |
| 60 à 70 ans | : | < 4,1 |
| > 70 ans    | : | < 4,4 |

**LABORATOIRE ANALYSES  
MEDICALES MANDARONA**  
679, Bd El Qods 20460 - Casablanca  
Tél : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82  
Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo\_mandarona@yahoo.fr



مختبر منظرونا للتحاليلات الطبية  
LABORATOIRE MANDARONA  
D'ANALYSES MEDICALES

Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste

Lauréat de la faculté de Pharmacie de  
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste

Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de  
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Casablanca le 8 mai 2023

Monsieur BADRANE ABDELHAK

|            |        |
|------------|--------|
| FACTURE N° | 185261 |
|------------|--------|

Analyses :

|                                |   |     |               |
|--------------------------------|---|-----|---------------|
| Hémoglobine glyquée -----      | B | 100 |               |
| Thyreostimuline (TSH us) ----- | B | 250 |               |
| PSAus total -----              | B | 300 | Total : B 650 |
|                                |   |     |               |

Prélèvements :

|           |    |     |
|-----------|----|-----|
| Sang----- | Pc | 1,5 |
|-----------|----|-----|

|               |           |
|---------------|-----------|
| TOTAL DOSSIER | 896,00 DH |
|---------------|-----------|

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Huit Cent Quatre vingt Seize Dirhams

LABORATOIRE ANALYSES  
MEDICALES MANDARONA  
679, Bd El Qods 20460 - Casablanca  
Tél. : 05 22 52 83 88  
Fax : 05 22 21 92 41

679, Bd El Qods 20460 Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82

Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo\_mandarona@yahoo.fr

CNSS : 8521090 - IF : 40213596 - Patente : 37980291 - ICE : 001634915000055 - IPN : 093060663

BMCE AL QODS : 0117940000 3121000 0144347

# **Docteur Otman TAZI**

**Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service  
d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques**

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycémique

Casablanca le, 05/05/2023

## **Mr BADRANE Abdelhak**

HbA1c

TSH us

PSA

LABORATOIRE ANALYSES  
MÉDICALES MANDARONA  
C79, Bd Al Qods 20460 - Casablanca  
Tél. : 05 22 52 83 88  
Fax: 05 22 27 02 41

Docteur Otman TAZI  
Endocrinologie - Diabétologie  
293 Bd. Anoual - Casablanca, Imm. Marjana,  
Appt. N°4 - Tel. 05 22 52 83 88 / 05 22 66 56 24

# Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service  
d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire  
Diplôme en Diabétologie  
Diplôme en Nutrition Appliquée  
Capacité de Traitement par Pompe à Insuline  
Diplôme en Echographie  
Holter Glycémique



Casablanca le, 16/05/2023

Mr BADRANE Abdelhak

(2310x12)

GLUCOPHAGE 1000 MG

1 comprimé, matin et soir au milieu ou après repas. (pendant 06 mois)

(5910x3)

Thyrozol 10 mg

1/2 comprimé le matin (pendant 06 mois)

(7810x3)

DIAMICRON 60 mg

1 comprimé le matin avant repas (pendant 06 mois)

(8210x3)

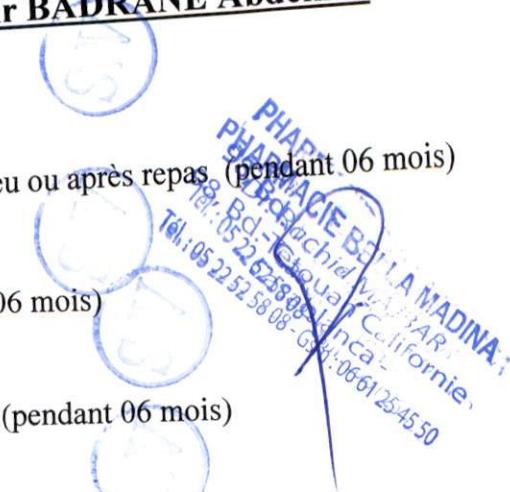
INEXIUM 20 mg

1 comprimé le matin (pendant 06 mois)

(1410x3)

DOLIPRANE 1000 mg

1 comprimé, 3 fois par jour (pendant 03 jours)



Thyrozol 10 mg Comprimé  
pelliculé sécable, Boîte de 30

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI

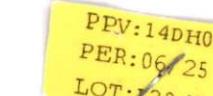


6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI

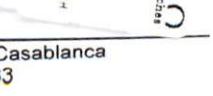


6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065

PPV : 50,10 Dhs

Pharmacien Responsable :

Amina DAOUDI



6 118001 103065