

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 canaux, 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 canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 3 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-793781

167022

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02733 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 72

Nom & Prénom : ELOUARAOU

Date de naissance : 15/01/57

Adresse : 7, Allée des Vétérans Firdaus

Tél. : 061098627 Total des frais engagés : 4969,90

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/04/2023

Nom et prénom du malade : Chib, Achwach Age:

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA, Hypertension

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

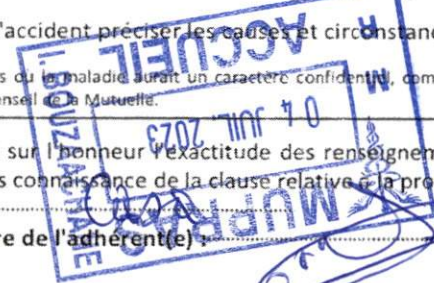
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DES CITRONNIERS Dr. ELOUATTASSI RABAB 29, Bis Allée des Citronniers Ain Sebaa - Casablanca Tél.: 05 22 34 46 70	26/04/23	3710,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/04/23	B: 887	10000 Dts

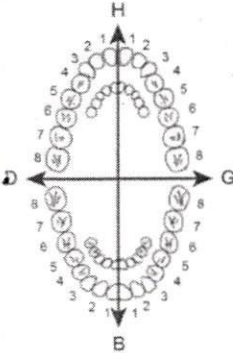
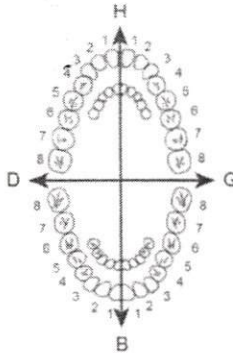
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 d'occlusion.

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"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	[Création, remont, adjonction] 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'EX

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

INP: | | | | | | |

FIN
D'EXECUTION

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Dr. Fatima-zohra Bahmani
Directrice du laboratoire

Date du prélèvement : 26/04/2023 à 08:29
Code patient : 230114-0022
Né(e) le : 24/11/1967 (55 ans)

Mme Ghita MACHMACHI
Dossier N° : 230426-0009
Prescripteur : Dr Ioubna bennis



BIOCHIMIE SANGUINE

Acide Urique

(Dosage enzymatique - minidray BS-380)

81 mg/L
0,48 mmol/L

(25-60)
(0,15-0,36)

Glycémie à jeun

(Glucose oxidase-Peroxidase (GOD-POD) - minidray BS-380)

1,53 g/L
8,49 mmol/L

(0,70-1,10)
(3,89-6,11)

Consensus :

- Taux normal : de 0,60 à 1,10 g/L
- Diminution de la tolérance au glucose : de 1,10 à 1,26 g/L
- Sujet diabétique : > à 1,26 (sur deux prélèvements distincts)

Hémoglobine glyquée (HbA1c)

(Technique HPLC Tosoh Bioscience Gx)

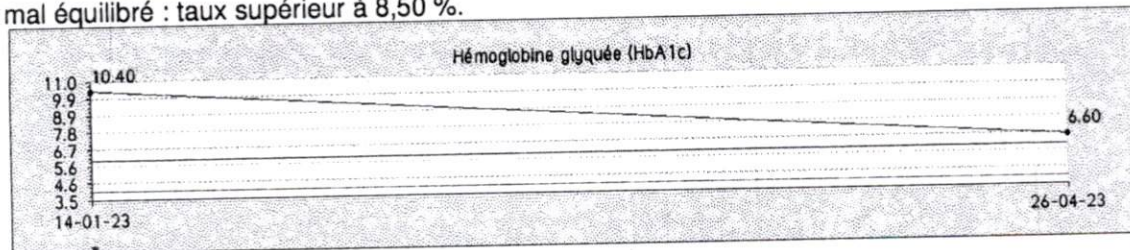
6,60

(4,00-6,00)

14/01/2023
10,40

Valeurs de référence :

Sujet normoglycémique : 4,00 à 6,00 % de l'hémoglobine totale.
Sujet diabétique équilibré : objectif ciblé autour de 6,50 %.
Diabète mal équilibré : taux supérieur à 8,50 %.



Triglycérides

(Dosage enzymatique - minidray BS-380)

2,70 g/L
3,08 mmol/L

(0,35-1,50)
(0,40-1,71)



230426-0009 - Mme Ghita MACHMACHI

Dr. Fatima-zohra Bahmani
BILAN ENDOCRINIEN

TSH Ultra-sensible

12,30 mUI/L

(0,40-4,00)

(Chimiluminescence: CLIA - Minidray CL 1000i
/Technique immuno-fluorescence ELFA,
Biomérieux Vidas)

- Hyperthyroïdie : TSH < à 0,15 mUI/L
- Hypothyroïdie : TSH > à 7,00 mUI/L
- Nouveau-né : TSH augmente à la 30 minute de vie (80 mUI/L) puis retour à la normale vers 2-5 jours.

AUTO-IMMUNITE

**Ac Anti-Thyroglobuline
(anti-Tg)**

21,1 UI/mL

(<18,0)

(Technique Immuno-fluorescence ELFA,
Biomérieux VIDAS)

**Ac anti-Thyroperoxydase
(Anti-TPO)**

72,3 UI/mL

(<8,0)

(Technique Immuno-fluorescence ELFA,
Biomérieux VIDAS)

Validé par : Dr. Bahmani Fatima Zohra
INPE : 09716449





LABORATOIRE AIN SBAA D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

Plateaux Bureau ALBADR ; « à côté de Marjane Ain Sbaâ »
Imm 106, Porte 10, Ain Sbaâ Casablanca
Tel: 05 22 34 27 47 – Fax: 05 22 34 07 65 – email : lasam1977@gmail.com

Patente : 30300005 ICE: 002009800000013

INPE: 093061885 IF :24969776

Dr. Fatima-zohra BAHMANI

Directrice du laboratoire

Diplômée de l'Université de Médecine et de Pharmacie de Rabat



Casablanca, le : 26/04/2023

Facture N° : 230004187

Nom et Prénom : Mme Ghita MACHMACHI

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
PC	Prélèvement sang adulte	B17	B
0163	TSH	B250	B
0348	Anticorps anti thyroïdiens : AC anti Microsomaux	B150	B
0349	Anticorps anti thyroïdiens : AC anti Thyroglobulines	B150	B
0100	Acide urique	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0134	Triglycérides	B60	B

Total des B : 787

Montant total de la facture : 1000.00Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille dirhams .



Dr Loubna BENNIS

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
nutrition et maladies métaboliques

Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn Adaraa El Mourakouchi
Résidence Fatima Zahra II, 4ème étage - N° 12
Casablanca (au dessus de marjane market et BMCE)
Tél. : 0522 61 22 24 / 0522 61 22 25
E-mail : bennisloubna@yahoo.fr

Bilan Biologique

Le 26/04/23

Nom/Prénom

Ahmedouh Glite

Sexe : M ☐ F ☐

Hématologie

- ☐ NFS
- ☐ Plaquettes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Hémoculture

Bilan Lipidique

- ☐ Cholestérol total
- ☐ Cholestérol HDL
- ☐ Cholestérol LDL
- ☒ Triglycérides

Groupe sanguin

- ☐ ABO
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI

Bilan Martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☐ Ferritine
- ☐ Transferrine

Bilan Hépatique

- ☐ Phosphatases alcalines
- ☐ Transaminases ASAT, ALAT
- ☐ Gamma-GT
- ☐ CPK (Créatine Phosphokinase)
- ☐ Troponine

Bilan Hormonal

- ☒ TSH
- ☐ T4L
- ☒ AC ANTI TPO
- ☒ AC ANTI TG
- ☐ AC ANTI R TSH
- ☐ Cortisolémie de 8h
- ☐ FSH-LH
- ☐ Oestrogène
- ☐ Testostérone
- ☐ Prolactine
- ☐ Dosage de la vitamine D
- ☐ Thyroglobuline ultra sensible

Bilan Hémostase

- ☐ Temps de prothrombine
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ INR

Inogramme Urinaire

- ☐ Ca++
- ☐ Phosphore
- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl+
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine

Glucose

- ☒ Glycémie à jeun
- ☒ Hémoglobine glyquée

Inogramme Sanguin

- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl+
- ☐ Ca+
- ☐ Phosphore
- ☐ Mg++
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine
- ☒ Acide urique
- ☐ Clairance de la créatinine
- ☐ PSA

Examen des Urines

- ☐ Protéinurie des 24h
- ☐ ECBU
- ☐ AntibioGramme
- ☐ Microalbuminurie de 24h
- ☐ Albumine urinaire / Créatinine urinaire

Autres :

LABORATOIRE AIN SEBAË
MÉDICALES
Tel: 0522 34 22 17 Fax: 0522 34 07 65

04/23

Dr. Loubna BENNIS

Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
nutrition et maladies métaboliques

Diplômée de la faculté de Médecine et
de Pharmacie de Casablanca

Ancienne interne du CHU de Casablanca

- Diplômé en pathologie hypothalamo hypophysaire Paris
- DIU en nutrition Montpellier



Cabinet
Endocrinologie

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

Casablanca le : 26/04/23

Mme Mehrochi Gheto

13,40x2

- Levothyrox 50 µg

1/2 p 15

ps 1 p 15 levothyrox

28,00x3

- Glucophage 1000 g

1193,00x3

- Victoza

30,10 - 1,2 mg en sc 15'

- Cymozol

30,10

T: 3719,00

PHARMACIE DES CITRONNIERS
Dr. ELONTASSI RADAO
29, Bis Allée des Citronniers
Casablanca

30,10

A14120

9 Angle Bd Ibn Tachfine et Ibn Adaraa El Mourakouchi Résidence Fatima Zahra
Casablanca (au dessus de marjane market et BMCE)

0522 61 22 24 / 0522 61 22 25 bennisloubna@yahoo.fr

زاوية شارع ابن تاشفين وشارع ابن العذراء المراكشي، إقامة فاطمة الزهراء، الطابق 4 رقم 12، الدار البيضاء (فوق مرجان ماركييت و BMCE)

LOT 230008
EXP 02/2026
PPV 28.00DH

↓
X 2 Ged

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS



8-9695-73-280-3

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS



8-9695-73-280-3

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS



8-9695-73-280-3