

RELEVÉ 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
26/06/2023		3	2000	
27/06/2023		3	2000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL WALAA	27/06/23	1028,59

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/06/23	3, 130	153,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

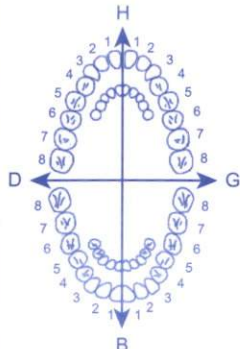
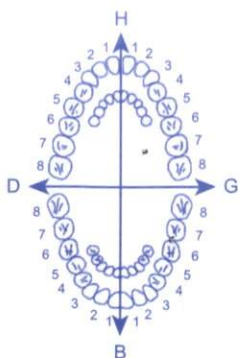
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				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

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 6 mois.



Déclaration de Maladie

M22- 0010630

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

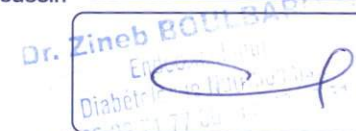
☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6805 Société : RAT
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 168283
Nom & Prénom : LAKRAD ANEUR
Date de naissance : 24-09-1961
Adresse : HAY WALAA Sect 2 Traude 8 Im 4 N°10
ATTACHAROUK Casa
Tél. : 06 6132 9357 Total des frais engagés : 1431,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/06/2023
Nom et prénom du malade : Lakrad Hanae Age :
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 : Casa Blanca Le : 13/07/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Dr. Zineb BOULBAROUD

- Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
- Nutrition et Maladies Métaboliques
- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة زينب بولبرود

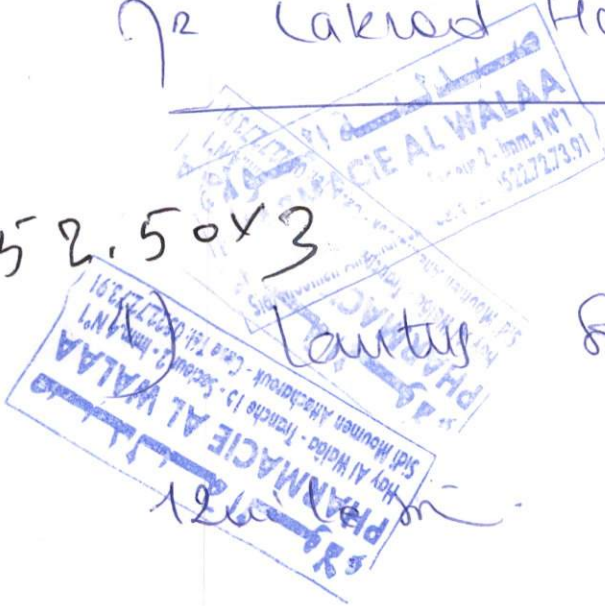
- اختصاصية في أمراض الغدد والسكري
- و التغذية و أمراض النخاع
- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

لا نغير تاريخ الفحص

Casablanca, le 22/6/2023

72 Lakwad Hana

152.5043



Lantus

Glaxo



1200 min

(2 3600)

571.60

2)

Novonord flexpen



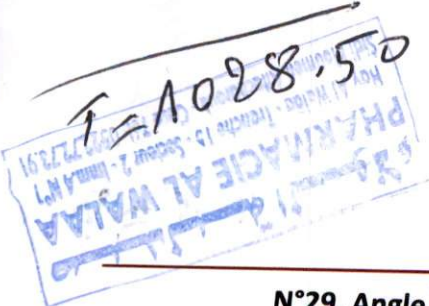
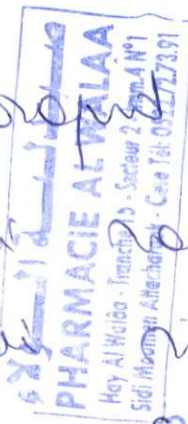
4 ui sat

4 ui mid

4 ui min

aut mg

(2 3600)



N°29, Angle Bd. Mohamed Zefzaf et Bd. Abdellah Ibrahim

Résidence Anass, 1 er étage, Appt. N°2, Hay Al Walaâ - Attacharouk - Casablanca
☎ 05 22 71 77 80 - ☎ 06 68 17 51 41 ✉ cabinet.dz@casablanca.ma

Dr. Zineb BOULBAROUD

- Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
- Nutrition et Maladies Métaboliques
- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

لا تغير تاريخ الفحص



الدكتورة زينب بولبرود

- أخصائية في أمراض الغدد والسكري
- و التغذية و أمراض النيض
- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

Casablanca, le

26/6/2023

Dr Laknad Hamza

H8mc

ay

LABORATOIRE MED. ZEFZAF
Dr BERRA Mouna
Bd Med Zefzaf Imm Snoussi 7 N°23
Attacharok - Casablanca
Tel: 0522 70 96 96 / Fax: 0522 70 96 76

Dr. Zineb BOULBAROUD
Endocrinologue
Diabète
Tél: 05 22 71 77 80 - 06 68 17 51 41



Dr.BERRA Mouna - Pharmacienne Biologiste

Casablanca, le 26 juin 2023

Prélèvement 26/06/2023 à 09:09

IPP : 028193/22



M. LAKRAD HAMZA

Référence : 230626617

Prescripteur : DR BOULBAROUD ZINEB

BIOCHIMIE

			Normes	Antécédents
GLYCEMIE <i>Méthode enzymatique en point final (Hexokinase)</i>	1.04	g/l	0.74 - 1.09	-
HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE <i>(Biorad D10™)</i>	5.9	%	4 - 6	-
Chez un sujet diabétique				
< 7% Diabète équilibré				
> 7% Diabète non équilibré				

LABORATOIRE D'ANALYSES MED. ACES
MOHAMMAD ZEFZAF
Dr. BERRA Mouna
Bd Med Zefzaf Imm Snoussi 7 N° 23 Attacharouk Casa
Tél: 05 22 70 96 96 / Fax: 05 22 70 96 76

Validé par : Dr.Mouna BERRA

LABORATOIRE MOHAMMAD ZEFZAF D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BERRA Mouna

FACTURE N° : 4997/23

Date de la Facture : 26/06/2023

Date des Analyses : 26/06/2023

Nom du Patient : Mr. LAKRAD HAMZA



Code Patient : 028193/22

Préscripteur : DR BOULBAROUD ZINEB

Récapitulatif des analyses

Acte de Biologie demandé	Cotation B	Prix en DH
HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE	B100	110
GLYCEMIE	B30	33

Cotation B: 130

Prélèvement : 10,00 DH

Montant Net : 153,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CENT CINQUANTE-TROIS DHS

LABORATOIRE MED. ZEFZAF
Dr. BERRA Mouna
Bd Med Zefzaf Imm Snoussi 7 N°23
Attacharok - Casablanca
Tel 0522 70 96 96 / Fax 0522 70 96 76

