

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

- 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 perso. à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Ali,
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 -



Déclaration de Maladie

M22- 0010628

Maladie chronique

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6805 Société : RAR 172384
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : LAKRAD AMEUR
 Date de naissance : 24-09-1961
 Adresse : HAY WILAY Sect 2 Parcelle 8 Tranche N°10
 Sidi Mohamed AITACHAROUK
 Tél. : 0661329357 Total des frais engagés : 7357,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

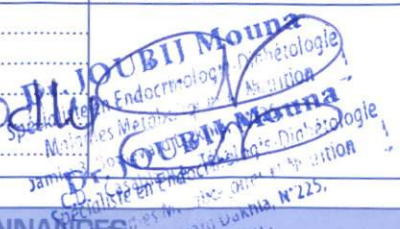
Cachet du médecin : Dr. TOUBI Mouna
 Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
 Maladies Métaboliques et Nutrition
 Jamia Boulevard Uakima, N°225,
 C.C. Casablanca - Tél. : 31 27 40 1203
 Date de consultation : 22/8/2023
 Nom et prénom du malade : SADKI Zahra Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète type 2
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Longue durée
 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 : Casablanca Le : 22/08/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019


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
29/11/2023		CS cu		
22/12/2023		CS 250dlu		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/08/23	6745.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/07/23	B320	362.00 DR

AUXILIAIRES MEDICAUX

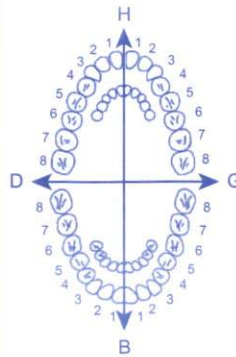
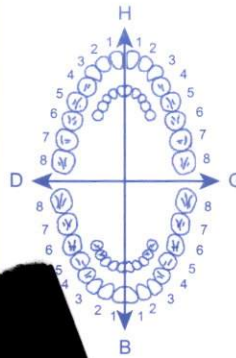
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez 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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 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"/>											

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Mouna JOUBIJ

Spécialiste en endocrinologie et diabétologie
Nutrition et maladies métaboliques
Diplômée de la Faculté de Médecine et
De Pharmacie de Casablanca
Ancienne interne au CHU Ibn Rochd Casablanca



الدكتورة موني جوبيج

أخصائية في أمراض الغدد والسكري
والتهنيدية وأمراض الأيض
خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي
ابن رشد بالدار البيضاء

Casablanca, le 29/7/2023 في الدار البيضاء

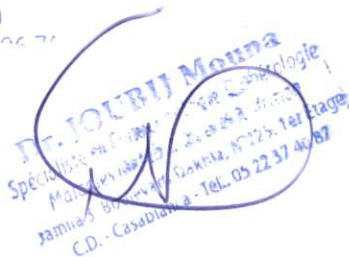
me Sadki
Zahra

1) GAT, HbA1c

2) CT, TG, HDL, LDL

LABORATOIRE MED. ZEFZAF

Dr BERRA Mouna
Rd Med Zefzaf Imm Snoussi 7 N°23
Attacharok - Casablanca
Tél 0522 70 04 96 / Fax 0522 70 06 77



جميلة 3 شارع الداخلة رقم 225 الطابق الأول ق. ج. الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 37 40 87

Jamila3, Avenue Dakhla, N° 225, 1er Etage, CD - Casablanca - Tél : 05 22 37 40 87

E-mail : joubij.mouna@gmail.com

RDV

7103

2023.

LABORATOIRE MOHAMMAD ZEFZAF D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BERRA Mouna

FACTURE N° : 5850/23

Date de la Facture : 29/07/2023

Date des Analyses : 29/07/2023

Nom du Patient : Mme. SADKI ZAHRA



Code Patient : 011963/22

Préscripteur : DR JOUBIJ MOUNA

Récapitulatif des analyses

Acte de Biologie demandé	Cotation B	Prix en DH
BILAN LIPIDIQUE	B190	209
GLYCEMIE	B30	33
HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE	B100	110

Cotation B: 320

Prélèvement : 10,00 DH

Montant Net : 362,00 DH

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS CENT SOIXANTE-DEUX DHS**

LABORATOIRE MED. ZEFZAF

Dr BERRA Mouna

Rd Med Zefzaf Imm Snoussi 7 N°23

Attacharok - Casablanca

Tel: 0522 70 96 96 / Fax: 0522 70 96 71



Dr.BERRA Mouna - Pharmacienne Biologiste

Casablanca, le 29 juillet 2023

Prélèvement 29/07/2023 à 09:01

IPP : 011963/22



Mme. SADKI ZAHRA

Référence : 230729212

Prescripteur : DR JOUBIJ MOUNA

BIOCHIMIE

GLYCEMIE

Méthode enzymatique en point final (Hexokinase)

* 1.64 / g/l

Normes

0.74 - 1.09

Antécédents

1.17 (05/12/2022)

HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE

(BIO RAD D10™)

* 7.2 / %

4 - 6

6.7 (05/12/2022)

Chez un sujet diabétique

< 7% Diabète équilibré

> 7% Diabète non équilibré

CHOLESTEROL TOTAL

Méthode colorimétrique enzymatique

1.98 / g/l

1.4 - 2.6

1.97 (05/12/2022)

CHOLESTEROL HDL

Immuno-inhibition enzymatique (CHE-CHO-POD)

0.49 / g/l

-

Interprétation:

< 0.40 g/l : Facteur de risque majeur de maladies cardiovasculaires

> 0.60 g/l : facteur de risque négatif de maladies cardiovasculaires

CHOLESTEROL LDL

1.13 / g/l

< 1,7

1.07 (05/12/2022)

TRIGLYCERIDES

Méthode colorimétrique enzymatique

* 1.78 / g/l

0.3 - 1.5

-

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
MOHAMMAD ZEFZAF
Dr. BERRA Mouna
Bd Med Zefzaf Imm Snoussi 7 N° 23 Hay Al Walaa Attacharouk - Sidi Moumen - Casablanca
Tél : 05 22 70 96 96 - Fax : 05 22 70 96 76 - Email : zefzaf@zefzaf.com / IF : 14481266 - CNSS : 4052354 / ICE 001612700000012 / RC 411556 / INPE 093061224

Validé par : Dr.Mouna BERRA



Dr. Mouna JOUBIJ

Spécialiste en endocrinologie et diabétologie

Nutrition et maladies métaboliques

Diplômée de la Faculté de Médecine et

De Pharmacie de Casablanca

Ancienne interne au CHU Ibn Rochd Casablanca

الدكتورة موني جوبيج

أخصائية في أمراض الغدد و السكري

والتغذية وأمراض الأيض

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي

ابن رشد بالدار البيضاء

Casablanca, le 22/8/2023 في الدار البيضاء

Time SADI
Zahra

يرجى إحضار الوصفة الطبية
عند الموعد المقبل

Veuillez svp ramener l'ordonnance
lors du prochain RDV

559.00 X 9

21 NOVEMIR 30 (S)

32 UIA 8h

22 UIA 14h

18 UIA 20h

390.00 X 3

2/ Galvus 50mg

1cp j Amidi après
repas

45.80 X 10

3/ Glucophage 850mg

1cp x 3 j après
repas

Dr. JOUBIJ Mouna
Spécialiste en endocrinologie et diabétologie

جميلة 3 شارع الداخلة رقم 225 الطابق الأول ق. ج. الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 37 40 87
Jamila 3, Avenue Dakhla, N° 225, 1er Etage, CD - Casablanca - Tél : 05 22 37 40 87

E-mail : joubij.mouna@gmail.com
C.D. - Casablanca - Tél.

92.00
A1 ox

OXYMAG^{375mg}
Magnesium maléate, diglycinate & mobile. V9 R2 R4

Lot / Batch n°:

Exp. date: 23077 02/26
92.00

PPC (DH)

Com



6 111250 430593



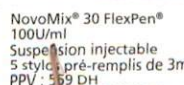
Galvus^{50 mg}
Boite de 60 comprimés.
PPV : 390 DH



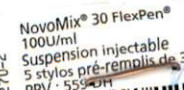
Galvus^{50 mg}
Boite de 60 comprimés.
PPV : 390 DH



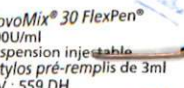
Galvus^{50 mg}
Boite de 60 comprimés.
PPV : 390 DH



NovoMix^{30 FlexPen}
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH



NovoMix^{30 FlexPen}
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH



NovoMix^{30 FlexPen}
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH

mcp 5 113 Mar

Glucophage^{850mg}
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

EXP 11/2027
PPV 45.20DH

Glucophage^{850mg}
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

45,20

Glucophage^{850mg}
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

Glucophage^{850mg}
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

45,20

Glucophage^{850mg}
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

Glucophage^{850mg}
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

Glucophage^{850mg}
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

EXP 11/2027
PPV 45.20DH

Glucophage^{850mg}
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

Glucophage^{850mg}
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

LOT 221299
EXP 09/2027
PPV 45.20DH

Glucophage^{850mg}
60 Comprimés pelliculés



6 118000 080640

LOT 221299
EXP 09/2027
PPV 45.20DH