

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

M22- 0010628

Maladie chronique

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 personnes 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 -

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6805 Société : RAN 172386
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : LAKRAD AMEUR
 Date de naissance : 24-09-1961
 Adresse : HAY WALALY Sect 2 Route 8 Juin 4 N°10
 Sid Mohamed AITACHAROUK
 Tél. : 0661329357 Total des frais engagés : 7357,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. TOUBH Mouna
 Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
 Métabolisme Nutrition
 Jamila Boulevard Oukhla, N°225,
 Casablanca - Tél. :
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 22/8/2023
 Nom et prénom du malade : SADKIZAHRA 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		
22/18/2023		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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
			<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		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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 و السكري
والتغذية 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

Y me saadki
Zahra

1) GAT, HbA1c

2) CT, TG, HDL, LDL

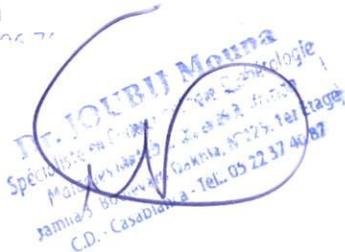
LABORATOIRE MED. ZEFZAF

Dr BERRA Mouna

Rd Med Zefzaf Imm Snoussi 7 N°23

Attacharok - Casablanca

Tel 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 77



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

Préscripteur : DR JOUBIJ MOUNA

BIOCHIMIE

			Normes	Antécédents
GLYCEMIE <i>Méthode enzymatique en point final (Hexokinase)</i>	* 1.64 /	g/l	0.74 - 1.09	1.17 (05/12/2022)
HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE <i>(BIORAD D10™)</i>	* 7.2 /	%	4 - 6	6.7 (05/12/2022)
Chez un sujet diabétique < 7% Diabète équilibré > 7% Diabète non équilibré				
CHOLESTEROL TOTAL <i>Méthode colorimétrique enzymatique</i>	1.98 /	g/l	1.4 - 2.6	1.97 (05/12/2022)
CHOLESTEROL HDL <i>Immuno-inhibition enzymatique (CHE-CHO-POD)</i>	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 <i>Méthode colorimétrique enzymatique</i>	* 1.78 /	g/l	0.3 - 1.5	-

Validé par : Dr.Mouna BERRA

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
M. 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 : zefzafab@gmail.com / IF.: 14481266 - CNSS.: 4052354 / ICE 001612700000012 / RC 411556 / INPE 093061224

MUPPRAS
23 AOUT 2023
ACCUEIL
I. BOUZAACHANE

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 22/18/2023 في الدار البيضاء

Time SADA
Zahra

يرجى إحضار الوصفة الطبية
عند الموعد المقبل
Veuillez svp ramener l'ordonnance
lors du prochain RDV

559.00 X 9

21 NOVEMIX 30 (SV)

32 UIA 8h
22 UIA 14h
18 UIA 20h

390.00 X 3

2/ Galvus 50mg (D)

45.20 X 10

3/ Glucophage 850mg (D)

Dr. JOUBIJ Mouna

05 22 37 40 87
Spécialiste en endocrinologie et diabétologie
Jamila 3, Avenue Dakhla, N° 225, 1er Etage, CD - Casablanca - Tél : 05 22 37 40 87

E-mail : joubij.mouna@gmail.com

92.00
AI ox

OXYMAG 375mg
Magnésium marin, bioglycinate à libération prolongée

Lot / Batch n°:
Exp. date: 23077 02/26
92.00

PPC (DH)
Com
6 111250 430593
N°: 202110707/M/CA/DP/5

mcp 5
3 Mai

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés
6 118000 080640

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés
6 118000 080640

T=6745

8-9674-73-270-2
NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH
6 118001 121298

6118001031030
Galvus® 50 mg
Boîte de 60 comprimés.
PPV : 390 DH

EXP 11/2027
PPV 45.20DH

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés
6 118000 080640

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés
6 118000 080640

8-9674-73-270-2
NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH
6 118001 121298

6118001031030
Galvus® 50 mg
Boîte de 60 comprimés.
PPV : 390 DH

45,20

XP 11/2027
V 45.20DH

8-9674-73-270-2
NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH
6 118001 121298

6118001031030
Galvus® 50 mg
Boîte de 60 comprimés.
PPV : 390 DH

45,20

45,20

8-9674-73-270-2
NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH
6 118001 121298

8-9674-73-270-2
NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH
6 118001 121298

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés
6 118000 080640

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés
6 118000 080640

8-9674-73-270-2
NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH
6 118001 121298

8-9674-73-270-2
NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH
6 118001 121298

45,20

LOT 221299
EXP 09/2027
PPV 45.20DH

8-9674-73-270-2
NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH
6 118001 121298

8-9674-73-270-2
NovoMix® 30 FlexPen®
100U/ml
Suspension injectable
5 stylos pré-remplis de 3ml
PPV : 559 DH
6 118001 121298

Glucophage® 850mg
60 Comprimés pelliculés
6 118000 080640

Glucophage® 850mg
Comprimés pelliculés
6 118000 080640

45,20

LOT 221299
EXP 09/2027
V 45.20DH