

# 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 personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

M22- 0058609

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Maladie réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1386

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LIAZID

BRAHIM

Date de naissance :

Adresse : 405 Lebennou Et 2021 2020

Tél. : 06 61 30 59 29 Total des frais engagés : 1419,12 Dhs

Maladie réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KAIID FATHIMA ZAFRA  
Endocrinologue et Médecin  
et Maladies Métaboliques  
Tel: 05 22 32 43 39

Date de consultation : 29/01/2024

Nom et prénom du malade : LIAZID LATIFA Age: 62

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Diabète type 2 + HTA

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 : Casablanca

Le : 25/10/2024

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
29.01.2024	55	+ 15000	15000	DR. JAWAD KARRAT Enseignement et Médecine Dentaire Tel: 05 22 32 43 40

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien et du Rembourseur	Date	Montant de la Facture
PK : 05.22.53.20.54	29.01.2024	56.00
PK : 05.22.53.20.54	29.01.2024	1026.17

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES PLURIDISCIPLINAIRES Dr Jawad KARRAT Bât. C, Lotissement Annajah, Deroua Tél: 0522 51 52 18 / 0667 67 67 17	29.01.2024	3.100	89.00 H
	29.01.2024		

### AUXILIAIRES MEDICAUX

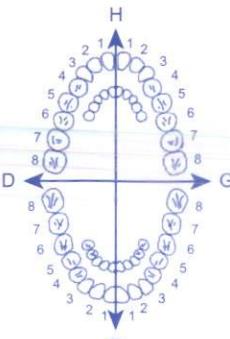
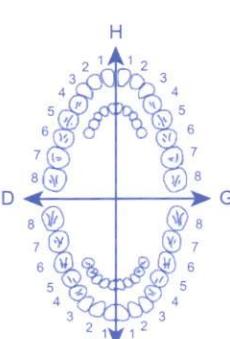
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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	Coefficient des Travaux												
																
																
<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p> <p><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				Coefficient des Travaux												
				Montants des Soins												
				Date du devis												
				Date de l'Execution												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Dr. KA

LQADI, B  
Fatima Zahra

ocrinologie diabétologie  
Spécialité  
rionnée de la Faculté de Médecine - Casa  
Ancien Interne au CHU - Casa



1386

د. قايدی فاطمة الزهراء  
اختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري  
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
طبية داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي  
ابن رشد

## Ordonnance

Nom: benmim s. bougha

Berrechid, le: 29.07.2014

18.70 x 3 = 236.10

1's

1) Diamentina 60 →

1's

89 /  
29 /  
lotisse EL Oumma  
Dero...  
gx: 05.22.5 - 30 →

1/4

X 2) lotisse EL Oumma 30 →

159.10 x 4 0 - 0 38,00 1/4

10

X 3) Bi metformin wafaa 3.200 mg avant M →

Dr. KAI DI FATIMA ZAHRA  
Endocrinologue et Diabetologue  
el Malakia 9, 32433 M...  
Tel: (+212) 5 22 324 339  
3 me... (25 bol)

4) Bi metformin 10 / 25 →

1/4 avant M

Dr. KAI DI FATIMA ZAHRA  
Endocrinologue et Diabetologue  
el Malakia 9, 32433 M...  
Tel: (+212) 5 22 324 339  
3 me... (25 bol)

5) Ban d'urine sur ordre

3 me... (25 bol)

Dr. KAI DI FATIMA ZAHRA  
Endocrinologue et Diabetologue  
el Malakia 9, 32433 M...  
Tel: (+212) 5 22 324 339  
3 me... (25 bol)

333, Boulevard Mohamed V - Lot Nasrollah - 1er Etage N°3 (en face carrefour) - Berrechid

Tél: (+212) 5 22 324 339 - Gsm: (+212) 6 79 545 315 - Email: kaidiendocrinologue@yahoo.com

21.00 x 3 - 63.0

Glucophage 1g on



18

89

159.5

159

159, 50

28. 70

PPV: 21DH00  
PER: 11/26  
LOT: M3983

PPV: 21 DH 00  
PER: 01/27  
LOT: N057

PPV: 21DH00  
PER: 11/26  
LOT: M3983

159.50

1386

ML  
1386

1250 Jepas

DR. KARINA FATHMA ZAHRA  $\Rightarrow$  3 molar  
Endodontics - Root canal techniques  
22-43-39

M. 1386

Dr. KAIIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدى فاطمة الزهراء

اختصاصية فى أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدارالبيضاء

طبية داخلية سابقا بالمستشفى الجامعى

ابن رشد

## Ordonnance

Nom: Lamia Boutayeb

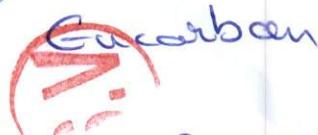
Berrechid, le: 29.01.2014

22.0



cedef

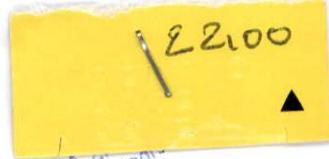
2 cp a 315



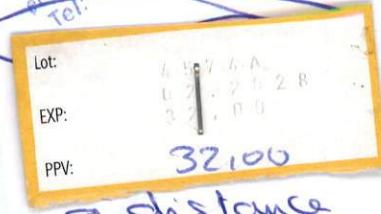
2 cp a 315

5 U, 0

Fix: 05.22.53.20.54  
244 1033 El Moudaw  
Dr. KAIIDI ZAHRA



Dr. KAIIDI ZAHRA  
Endocrinologist Diabetologist  
et Médecin de Santé mentale  
Tel: 05 22 32 43 39



a distance

Dr. KAIIDI ZAHRA  
Endocrinologist Diabetologist  
et Médecin de Santé mentale  
Tel: 05 22 32 43 39



<b>Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit</b>	
<b>Nom et prénom :</b>	<u>LEAD; BRAHIM</u>
<b>Matricule :</b>	<u>1386</u>
<b>N° CIN :</b>	<u>J 3465</u>
<b>Adresse :</b>	<u>H25 LOTissement EL WAFA AVEN DE ROUR Bérechid</u>
<b>Bénéficiaire de soins :</b>	<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
<b>Partie réservée au médecin traitant</b>	
<b>Je soussigne :</b>	<u>Dr Kadi Latifa Zahra</u>
	<b>Spécialité :</b> <u>endocrinie diabète</u>
<b>N° ICE :</b>	<u>00.27.25.23.80.00.058</u>
	<b>N° INPE :</b> <u>INPE:061256640</u>
<b>Certifie que Mlle, Mme, M. :</b>	<u>LAAOUIS LATIFA ZAHRA</u>
<b>Nécessitant un traitement d'une durée :</b>	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
<i>Dr. KADI LATIFA ZAHRA          Endocrinologue Diabétologie          et Médecine des Maladies Métaboliques          Tel: 0522-22-3243-39</i>	
<b>Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :</b>	
<u>Diabète type 2</u> <u>HbA1c = 7,5%</u> <u>+ Hypertension artérielle</u>	
<b>Dont ci-joint ordonnance :</b>	
<b>Traitements prescrits :</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Biphéterax 10/25 →</li> <li>- Diabemide 15*213</li> <li>- Dicamido 160 mg (1 - 0 - 1/2 cp)</li> </ul>
<b>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables</b>	
<b>Fait à :</b> <u>Bérechid le 30/01/2024</u>	
<b>Cachet et signature du médecin traitant :</b>	
 <i>Dr. KADI LATIFA ZAHRA          Endocrinologue Diabétologie          et Médecine des Maladies Métaboliques          Tel: 0522-22-3243-39</i>	

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées



Nom : Lacenini S. latifja

Berrechid, le : 29.01.14

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun                              | <input type="checkbox"/> Ac anti tg   |  |
| <input type="checkbox"/> Glycémie poste-prandiale                     | <input type="checkbox"/> Thyroglobuline ultra sensible  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> HbA1c                             | <input type="checkbox"/> Ac anti tpo  |  |
| <input type="checkbox"/> Triglycérides                                | <input type="checkbox"/> Ac anti récepteur TSH us   |  |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol HDL                              | <input type="checkbox"/> Cortisol libre urinaire 24h  |  |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol LDL                              | <input type="checkbox"/> Cortisolomie 8h / 12h  |  |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol Total                            | <input type="checkbox"/> Cortisolomie 16h   |  |
| <input type="checkbox"/> Urée   | <input type="checkbox"/> ACTH   |  |
| <input type="checkbox"/> Créatinine                                   | <input type="checkbox"/> Prolactinémie 10h  |  |
| <input type="checkbox"/> Rapport Alb / creat urinaire                 | <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH  |  |
| <input type="checkbox"/> Protéinurie 24h                              | <input type="checkbox"/> Testostérone en ng/ml  |  |
| <input type="checkbox"/> ECBU   | <input type="checkbox"/> SDHEA  |  |
| <input type="checkbox"/> ASAT / ALAT / GGT                            | <input type="checkbox"/> Oestradiol   |  |
| <input type="checkbox"/> Sérologie HV <sub>s</sub> et HV <sub>c</sub> | <input type="checkbox"/> 17 OH progesterone matin   |  |
| <input type="checkbox"/> NFS - PQ                                     | <input type="checkbox"/> Dérivés methoxylés sur urines de 24h   |  |
| <input type="checkbox"/> Uricémie                                     | <input type="checkbox"/> IGF1   |  |
| <input type="checkbox"/> CRP  | <input type="checkbox"/> Ca <sup>2+</sup> <input type="checkbox"/> Ph   |  |
| <input type="checkbox"/> Ferritinémie                                 | <input type="checkbox"/> ALB  |  |
| <input type="checkbox"/> PSA  | <input type="checkbox"/> Parathormone   |  |
| <input type="checkbox"/> 21 OH vit D2- D3                             | <input type="checkbox"/> Autre : _____  |  |
| <input type="checkbox"/> TSH us                                       | <i>Dr. KAIIDI FATIMA<br/>Endocrinologue et Médecine Diabétologie<br/>et Métabolisme<br/>Tel: 0522 324 339</i> |  |
| <input type="checkbox"/> T <sub>3</sub> libre                         |   |  |
| <input type="checkbox"/> T <sub>4</sub> libre                         |   |  |



# المختبر المركزي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

Ma. leudi 1386

Numéro de demande : 20240129050

Code patient : 20220917031



Résultat d'analyse : **Mme LAAOUI Latifa**  
 Né(e) le 01-01-1961, âgé(e) de 63 ans  
 Prélèvement du **29-01-2024 à 09:49**  
 Prescripteur : Dr KAIIDI FATIMA ZAHRA

Résultats

Normes

Antécédents

## BIOCHIMIE SANGUINE

**Hémoglobine glyquée (HbA1C)**  
 (Méthode HPLC,HLC-723-GX)

7.1 %

(4.0-6.0)

29-09-2023

7.8

Les recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) sont les suivantes :

Type de diabète	Patient	Seuil décisionnel
Diabète de type 1		Entre 7 et 7,5 %
Diabète de type 2	Traitement par ADO Grossesse Nouvellement diagnostiquée, sans antécédent cardio-vasculaire	Inférieur à 6,5 %
	Traitement par insuline Antécédent cardo-vasculaire non évolué Insuffisance rénale chronique modérée	Inférieur à 7 %
	Antécédent cardiovasculaire évolué Insuffisance rénale chronique sévère Personne âgée dite « fragile »	Inférieur à 8 %
	Personne âgée dite « malade »	Inférieur à 9 %

Le taux de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) dans le plasma veineux reflète l'équilibre moyen des glycémies des 3 derniers mois.

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES  
 MEDICALES PLURIDISCIPLINAIRES

Dr Jawad KARRAT Page 1 / 1  
 Valide par Dr A. A. Dabouad  
 Bat. C, Lotissement Annajah deroua  
 Tel.: 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11

BSB

M. LAAOUIS

# LABORATOIRE CENTRAL DEROUA

Résidence Sakane Deroua Bâtiment C RDC Local 10 Lotissement Annajah DEROUA  
Tél : +212 5 22 51 52 18 – Mail : contact@laboratoirecentral.ma

FACTURE N° : 240000735



INPE :

063064505

DEROUA le 29-01-2024

Mme LAAOUIS Latifa

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
0119	Hémoglobine glycosylée	B100

Total des B : 100

TOTAL DOSSIER : 89.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre-vingt-neuf dirhams .

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES  
MÉDICALES PLURIDISCIPLINAIRES  
Dr Jawad KARRAT  
Bât. C, Lotissement Annajah, Deroua  
Tél. : 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11

ICE : 002866635000065 IF : 50375591