

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0058609

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1386 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LQ 401 BRAHIM
Date de naissance :
Adresse : HX Lohsemoul ET WELH AVU Broum
Tél. : 06 61 30 59 29 Total des frais engagés : 1419,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. KAIDI FATMA ZAHRA
Endocrinologie, Gynécologie
et Maladies Métaboliques
Tél: 05 22 22 43 39

Date de consultation : 29/01/24
Nom et prénom du malade : LA40UIS 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 : Belkacem Le : 29/01/2024
Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 29.01.24 | | 5 | 45000 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|-------------------------------------|----------|-----------------------|
| | 29.01.24 | 56.5 |
| | 29.01.24 | 1026.15 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|-----------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
| | 29.01.24 | 3.100 | 89.000 H |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

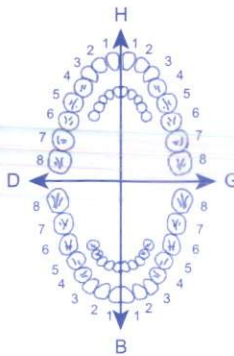
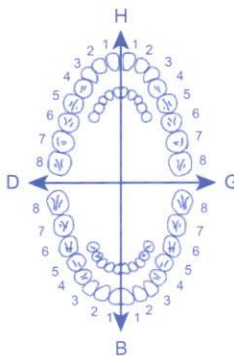
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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

Dr. KA

Spécialité

Endocrinologie diabétologie

Ancien Interne au CHU - Casa

LQADI . B

Fatima Zahra



1386

د. قايدي فاطمة الزهراء

إختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي

ابن رشد

Ordonnance

Nom : Benachene Fatima

Berrechid, le : 29.01.14

$78.70 \times 3 = 236.10$



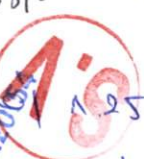
1) Diabur 60 →

89 → 1 cp → $\frac{1}{2}$ cp



2) Diabur 30 →

159.10 x 4 = 636.40



3) Bipiterax 1.25 →

4) Bipiterax 10 / 25 →

1 cp avant M

5) Ban chetta 26 doses

3 mesures / j

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologue
et Maladies Métaboliques
Tél : 05 22 324 339

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologue
et Maladies Métaboliques
Tél : 05 22 324 339

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologue
et Maladies Métaboliques
Tél : 05 22 324 339

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologue
et Maladies Métaboliques
Tél : 05 22 324 339

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologue
et Maladies Métaboliques
Tél : 05 22 324 339

21.00 x 3 = 63.00

6

Glucosephage 1g an Biofer 1g

exp - 1p exp

Japan

+

244 10566
A.O. 26

Dr. KAI FATHA ZAHRA
Endocrinologue
et Maladies
Tel: 01 42 43 39

89

159.5

159-5

159.50

ok. 27

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

4.85

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

28.7

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

learn 1386

159.50

Dr. KAIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa



M. Lissa 1386

د. قايدى فاطمة الزهراء

إختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي

ابن رشد

Ordonnance

Nom : Louisa Lotfy

Berrechid, le : 29/04/24

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologue
et Maladies Métaboliques
Tel: 05 22 32 43 39

22.0
Cédof

22100

PR: 05 22 32 43 39
244 lotissement el wafaa
Deroua
FIX: 05 22 53 20 54

1 cp x 3 / 5

Eucarbon

2 cp x 3 / 5

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologue
et Maladies Métaboliques
Tel: 05 22 32 43 39

Lot: 6 8 7 6 A
EXP: 1 2 0 2 0 2 8
3 2 0 0
PPV: 32100

a distance

5 u, 00

PR: 05 22 32 43 39
244 lotissement el wafaa
Deroua
FIX: 05 22 53 20 54

Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologue
et Maladies Métaboliques
Tel: 05 22 32 43 39

0500

**DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN**

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : LIQADJ BRAHIM

Matricule : 1386 N° CIN : J 3465

Adresse : H25 LOTISSEMENT EL WAFI AN IN DEBOUT BORDJ BOU

Bénéficiaire de soins : ☐ Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Dr Kaich Fatima Zahra Spécialité : endocrinologie diabète

N° ICE : 00.27.25.23.80.00.058 N° INPE : INPE:061256640

Certifie que Mlle, Mme, M. : LAACENIS latif

Nécessitant un traitement d'une durée : ☐ < 3 mois ☐ Entre 3 et 6 mois ☒ A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Diabète type 2 HbA_{1c} = 7,1%
+ Hypertension artérielle

Dont ci-joint ordonnance :

Traitement prescrit :
- BiPretax 10/25
- Diaformine 15x2/5
- Diamido 160 (1 - 0 - 1/4)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Bordj le 30/01/24

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr. KAICH FATIMA ZAHRA
Endocrinologie Diabétologie
et Maladies Métaboliques
Tél: 05 22 43 39

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

Dr. KAIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa



N° 1386

M 1386

د. قايدة فاطمة الزهراء

إختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي

ابن رشد

Nom : Lacensis latifa

Berrechid, le : 29.10.24

- ☐ Glycémie à jeun
- ☐ Glycémie poste-prandiale
- ☒ HbA1c
- ☐ Triglycérides
- ☐ Cholesterol HDL
- ☐ Cholesterol LDL
- ☐ Cholesterol Total
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine
- ☐ Rapport Alb / creat urinaire
- ☐ Protéinurie 24h
- ☐ ECBU
- ☐ ASAT / ALAT / GGT
- ☐ Sérologie HV_e et HV_c
- ☐ NFS - PQ
- ☐ Uricémie
- ☐ CRP
- ☐ Ferritinémie
- ☐ PSA
- ☐ 21 OH vit D2- D3
- ☐ TSH us
- ☐ T₃ libre
- ☐ T₄ libre

- ☐ Ac anti tg
- ☐ Thyroglobuline ultra sensible
- ☐ Ac anti tpo
- ☐ Ac anti récepteur TSH us
- ☐ Cortisol libre urinaire 24h
- ☐ Cortisolémie 8h / 12h
- ☐ Cortisolémie 16h
- ☐ ACTH
- ☐ Prolactinémie 10h
- ☐ FSH ☐ LH
- ☐ Testosterone en ng/ml
- ☐ SDHEA
- ☐ Oestradiol
- ☐ 17 OH progesterone matin
- ☐ Dérivés methoxylés sur urines de 24h
- ☐ IGF1
- ☐ Ca²⁺ ☐ Ph
- ☐ ALB
- ☐ Parathormone
- ☐ Autre

Dr. KAIDI FATIMA
Endocrinologue
et Métabolisme
Tel: 06 79 545 315



المختبر المركزي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

M. Laidi 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 KAIDI 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 diagnostiqué, sans antécédent cardio-vasculaire | Inférieur à 6,5 % |
| | Traitement par insuline Antécédent cardio-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
Bat. C, Lotissement Annajah Deroua
Tél.: 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11

Résidence sakane deroua batiment C RDC local 10 lotissement annajah deroua

Email : contact@laboratoirecentral.ma Web : laboratoirecentral.ma Tél : +212 5 22 51 52 18 Gsm : +212 6 67 67 67 11

CNSS : 2690723 RC : 15485 ICE : 002866635000065 IF : 50375591 PATENTE : 55801862

M. LAAOUIS 1386

LABORATOIRE CENTRAL DEROUA

Résidence Sakane Deroua Batiment 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 LAAOUIIS 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
MEDICALES PLURIDISCIPLINAIRES
Dr Jawad KARRAT
Bat. C, Lotissement Annajah, Deroua
Tél.: 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11

ICE : 002866635000065 IF : 50375591