

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

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



ND: 41845
Déclaration de Maladie

N° P19-051929

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8676 Société : 2020

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FARISS Tamaou

Date de naissance : 13/02/69

Adresse : Hay Augrit Rue 27 n° 284

Tél. : 0663147914 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/9/2020

Nom et prénom du malade : FARISS Tamaou Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Goutte, Maladie de l'articulation, Hypertension

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 17/08/2020


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 : Le : / /

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 17/9/28 | C | | |  |
| 21/9/28 | C | | 3000 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
|  | 21/9/28 | 81140 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 17/09/28 | B 1060 | 1155 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

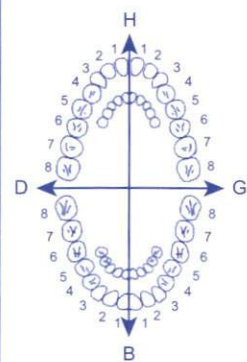
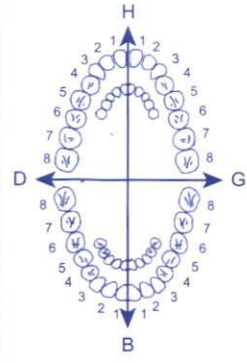
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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'...

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | |
|---|--|------------------|-------------|-------------------------|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | |
| | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> | | | MONTANTS DES SOINS | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
|  | | | | DATE DU DEVIS | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet Médical Spécialisé

Dr. ARBAOUI BATTAL FATIHA

Spécialiste

Endocrinologie • diabétologie

Maladies Métaboliques • Nutrition • Obésité



عيادة طبية متخصصة

السكرتيرة عربوي بنال فاتية

أخصائية

الغدد - السكري

الأمراض الأيضية - التغذية - السمنة

Casablanca, le : 21/09/2020



إقامة جوهره، 150 طريق الوازيس (مقابل محطة القطار الوازيس) - الدار البيضاء

Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis (En face Gare Oasis) - Casablanca

Tél : 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax : 0522 23 25 06

En cas d'urgence : 0663 43 95 48

Patente : 091046169 - IF : 40144221 - ICE : 001714969000048

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

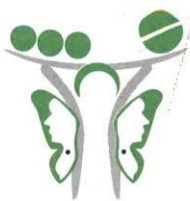
7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336



No FARSSE TARB

Casablanca, le : 17/12/2023

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> FT4 |
| <input checked="" type="checkbox"/> GPP (2 PD) | <input type="checkbox"/> FT3 |
| <input checked="" type="checkbox"/> GPP (2 DEJ) | <input checked="" type="checkbox"/> TSHUS |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hémoglobine glyquée HBA _{1C} | <input type="checkbox"/> Cortisol 8h |
| <input checked="" type="checkbox"/> CHLT.TG.HDL.LDL | <input type="checkbox"/> Cortisol libre urinaire |
| <input checked="" type="checkbox"/> Acide urique Sg | <input type="checkbox"/> ACTH |
| <input checked="" type="checkbox"/> Urée <input checked="" type="checkbox"/> Créatinémie | <input type="checkbox"/> Prolactinémie |
| <input checked="" type="checkbox"/> Clairance créatinine | <input type="checkbox"/> Testostérone |
| <input type="checkbox"/> ionogramme Sg | <input type="checkbox"/> FSH |
| <input type="checkbox"/> NFS | <input type="checkbox"/> LH |
| <input type="checkbox"/> Ferritinémie | <input type="checkbox"/> 17 β oestradiol |
| <input type="checkbox"/> Bilan Hépatique complet | <input type="checkbox"/> PSA |
| <input type="checkbox"/> microalbuminurie de 24h | <input type="checkbox"/> PTH |
| <input type="checkbox"/> ECBU | <input type="checkbox"/> Vitamine D3 |

Autres : Acontrole

Signature

Dr. ARBAOUI FATIHA
ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION
DIABÉTOLOGIE
Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis
En face Gare de l'Oasis - Casablanca
Gsm: 0663 43.95.48

إقامة جوهرة. 150 طريق الوازيس (مقابل محطة القطار الوازيس) - الدار البيضاء

Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis (En face Gare Oasis) - Casablanca

Tél : 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax : 0522 23 25 06 - En cas d'urgence : 0663 43 95 48

Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 001714969000048

**LABORATOIRE EL JOULANE
D'ANALYSES MEDICALES**

Dr. TARIK Jawad
Médecin Biologiste



**مختبر الجولان
للتحليلات الطبية**

الدكتور طارق جواد
طبيب اختصاصي في التحليلات الطبية

Facture n° 123835

CASABLANCA LE : 17/09/2020

Analyses effectuées le: 17/09/2020

Pour.....: **Mme FARISS TAMOU**

Sur prescription du: Dr ARBAOUI BATTAL FATIHA

Code.....: 03H6444



Organisme.....: **NC**

Bilan:

HBA1C=B100 GLY=B30 GLYPP=B30 GLYPP=B30
UREE=B30 CREAT=B40 AU=B40 CHT=B30
HDL=B50 LDL=B50 TRIGL=B360 TSHUS=B250
ACTPO=B250 CLCR=B60

Cotation : (B 1050)

Montant Net : 1155.00 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : **1155.00 Dhs**

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
Docteur TARIK Jawad
5 Bloc 16 Av Joulane Sidi Othmane
Tél: 05 22 38 05 30

LABORATOIRE EL JOULANE D'ANALYSES MEDICALES



مختبر الجولان للتحليلات الطبية

Dr. TARIK Jawad
Médecin Biologiste

الدكتور طارق جواد
طبيب اختصاصي في التحليلات الطبية

Prélèvement du : 17/09/2020
Edition du : 19/09/2020
Référence: 01QI20215

Mme FARISS TAMOU

Code Patient 03H6444



Médecin: Dr. ARBAOUI BATTAL FATIHA

EXAMENS DE SANG

BIOCHIMIE

| Analyses | Résultats | Normes | Antécédents |
|--|-----------|---------------|-----------------|
| Hémoglobine Glyquée (HbA1c) : 6.5 (Tech:HPLC-Automate Tosoh G7) | % | (3.9 à 6.2) | |
| Glycémie : 1.52 | g/l | (0.70 à 1.10) | 1.24 (30/06/20) |
| Glycémie post-prandiale (10h) : 1.86 | g/l | (< à 1.40) | |
| Glycémie post-prandiale (15h) : 1.58 | g/l | (< à 1.40) | |
| Urée : 0.24 | g/l | (0.15 à 0.50) | |
| Créatinine : 7 | mg/l | (6 à 11) | |
| Acide Urique : 60 | mg/l | (26 à 60) | |
| Cholestérol Total : 2.12 | g/l | (1.50 à 2.00) | 2.08 (30/06/20) |
| Triglycérides : 1.66 | g/l | (0.35 à 1.40) | 1.96 (30/06/20) |
| Cholestérol H.D.L. : 0.42 | g/l | (0.35 à 0.8) | 0.44 (30/06/20) |
| Cholestérol L.D.L. : 1.34 | g/l | | |

Valeurs cibles du LDL-Cholestérol selon les recommandations ANSM de mars 2005

- 0 Facteur de risque : LDL < 2,20 g/l
- 1 Facteur de risque : LDL < 1,90 g/l
- 2 Facteurs de risque : LDL < 1,60 g/l
- Plus de 2 facteurs de risque : LDL < 1,30 g/l
- Antécédent de maladie cardiovasculaire avérée : LDL < 1,00 g/l
- Facteurs de risque : Diabète, Tabac, Obésité, Age > 60 ans, HDL < 0,40 g/l, Sédentarité, ATCD de maladie cardiovasculaire familiale.

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
Docteur TARIK Jawad
5 Bloc 16 Av. El Joulane Sidi Othmane

LABORATOIRE EL JOULANE D'ANALYSES MEDICALES



مختبر الجولان للتحليلات الطبية

Dr. TARIK Jawad
Médecin Biologiste

الدكتور طارق جواد
طبيب اختصاصي في التحليلات الطبية

Prélèvement du : 17/09/2020
Edition du : 18/09/2020
Référence: 0IQI20215

Mme FARISS TAMOU

Code Patient 03H6444



Médecin: Dr. ARBAOUI BATTAL FATIHA

EXAMENS DE SANG

ENDOCRINOLOGIE

| Analyses | Résultats | Normes | Antécédents |
|--|------------------|--------------|-------------|
| T.S.H. ultra sensible..... (Tech.Chimiluminescence) | 3.28 μ UI/ml | (0.34 à 5.6) | |
| Ac ANTI-THYROPEROXYDASE..... (Tech.Chimiluminescence) | 113,70 UI/ml | (< 34) | |

EXAMENS DES URINES

BIOCHIMIE

| Analyses | Résultats | Normes | Antécédents |
|---|--------------------------|--------------|-------------|
| Diurèse de 24H..... (sous réserve d'un bon recueil urinaire) | 1080 ml | | |
| Créatinine urinaire..... Soit: 1128 | 1045 mg/l 1128 mg/24h | (800 à 2000) | |
| Clairance de la créatinine..... | 112 ml/min | (80 à 120) | |

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
Docteur TARIK Jawad
5 Bloc 16, Av. El Joulane - Sidi Othmane - Casablanca