

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.



Declaration de Maladie

N° W19-518534

MD = 18819

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 230 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZAHIA Bent med

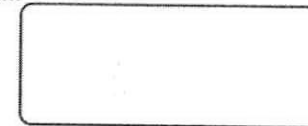
Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-518534

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
				Montant des soins <input type="text"/>												
				Début d'exécution <input type="text"/>												
				Fin d'exécution <input type="text"/>												
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553		Montant des soins <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
G																
00000000	00000000															
35533411	11433553															
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis <input type="text"/>													
			Fin d'exécution <input type="text"/>													

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle
DECLARATION N°		P 14 / 0034958	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			



P 14 / 0034958

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 230		
Nom & Prénom		ARRIF Mohamed		
Fonction	Retraité	Phones 0522577607		
Mail				
MEDECIN	Prénom du patient Zahia			
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age 83 ans	Date
Nature de la maladie		Diabete		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances				
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires # Dr. Leila BENSAMI Endocrinologue - Diabétologue Rue SAFI, Hammam SMAIL 1 Etg Appel : 07 33 31 47 47 Tél : 07 33 31 47 47		
PHARMACIE	Date	LABORATOIRE SBA		
Montant de la facture	1912110026	Mercredi 11 Décembre 2019 Lettre clé+cotation: B 700 Montant Facturé: 500.04Dhs		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires		
AM	PC	IM	IV	

Bilan Biologique

Dr. Leila BENSAÏDI
Endocrinologue
Rue SAFI
App. 04/23 31 47 47
Tél. 04/23 31 47 47
MAIL 1 Etg
Mouhamedmedia

04/12/2019

Nom :HATLA.....

Prénom : ...Zahia.....

LABORATOIRE SBATA

Mme HATLA EP ARRIF Zahia
01-01-1936



☐ NFS VS

☐ CPR

☐ Ferritinémie

☒ Glycémie à jeun

☐ Glycémie 2 heures après repas

☒ HBA1C

☐ Cholestérol total

☒ HDL LDL

☒ Triglycérides

☒ Acide urique

☒ Créatinine sanguine

☒ Urée

☐ Créatinine urinaire

☐ Micro albuminurie

☐ Protéinurie sur 24 heures

☐ ECBU

☒ SGOT SGPT

☐ Gamma GT

☐ Phosphatases alcaline

☐ Sérologie hépatite B - C

☐ T3 T4

☒ TSH U/S

☐ Anticorps anti TPO

☐ Anticorps anti thyroglobuline

☐ Thyroglobuline

☐ Cortisolémie 8 heures

☐ Cortisolémie 16 heures

☐ Prolactinémie

☐ Autres

.....
.....
.....



مركز التحاليل الطبية سباتة CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA

Docteur Abdelwahab AL FATH
Médecin Biologiste

الدكتور عبد الوهاب الفتح
طبيب مخبري

642، شارع إدريس الحارثي - سباتة - البيضاء - 05 22 38 02 60 - 05 22 55 26 07 -
Patente N° : 33990016 - I.F. N° : 2860162 - CNSS N° : 6771986 - R.C. N° : 131577
E-mail : laboratoire.sbata@gmail.com

ICE : 000192003000084

FACTURE N° : 191211-0026

Mme Zahia HATLA EP ARRIF

Prescription : Dr L BELHADI BENSAMI

Date de l'examen : 11/12/2019



Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Hémoglobine glycosylée A1c	B100	B
	TSH	B250	B
	Créatinine	B30	B
	Cholestérol total	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	Transaminases GPT/ALAT	B50	B
	Cholestérol HDL	B50	B
	Triglycérides	B50	B
	Urée	B30	B
	Acide Urique	B30	B
	Transaminases GOT/ASAT	B50	B

Montant Facturé

500.04Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cents dirhams quatre centimes

642 20 012011 12 11 2019
CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA
642 20 012011 12 11 2019

Dossier N° : 191211-0026

Mme Zahia HATLA EP ARRIFF

Né(e) le : 01/01/1936/ 83 ans

Prescription : Dr L BELHADI BENSAMI

Date de l'examen : 11/12/2019



BIOCHIMIE SANGUINE

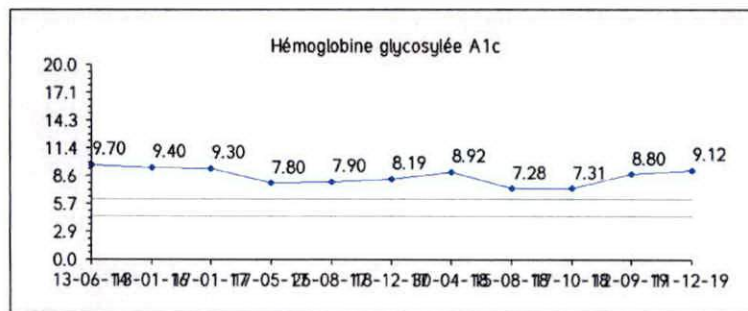
Hémoglobine glycosylée A1c
(Tech : HPLC)

9.12 %

(4.40-6.20)

12/09/2019

8.80



Glycémie à jeun

1.79 g/l

(0.70-1.10)

12/09/2019

1.61

9.95 mmol/l

(3.89-6.12)

8.95

Urée

0.21 g/l

(0.17-0.43)

3.50 mmol/l

(2.83-7.17)

Créatinine

(Tech:Standard ID-MS)

4.5 mg/l

(4.5-9.5)

17/01/2017

4.3

39.6 µmol/l

(39.6-83.6)

37.8

Acide Urique

31.1 mg/l

(26.0-60.0)

185.0 µmol/l

(154.7-357.0)

Cholestérol total (RC)

1.28 g/l

(1.30-2.00)

17/01/2017

1.57

3.30 mmol/l

(3.35-5.16)

4.05

Valeurs cibles en fonction des Facteurs de Risques (FR)

<2.0 g/l : si ZERO FR

<1.90 g/l : si UN FR

<1.60 g/l : si DEUX FR

<1.30 g/l : si Antécédents de maladie coronaire

LDL-Cholestérol

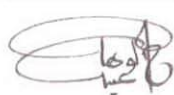
0.68 g/l

Valeurs cibles en fonction des Facteurs de Risques (FR):

<1.60 g/l : si moins de UN FR

<1.30 g/l : si DEUX FR

VALIDATION ELECTRONIQUE :



Dr Abdelwahab AL FATH

HDL-Cholestérol

0.44 g/l

(>0.40)

1.14 mmol/l

(>1.03)

Estimation du risque athérogène:<0.40g/l: FR athérogène quelque soit le taux du LDL
>0.60 g/l: Taux protecteur**Rapport LDL/HDL**

1.55

Indice d'athérogénicité:**Homme**

Souhaitable : <3.55

Risque*2 : 3.55-6.25

Risque*3 : >6.25

Femme

Souhaitable : <3.22

Risque*2 : 3.22-5.03

Risque*3 : >5.03

Rapport Cholestérol total/HDL

2.91

Indice d'athérogénicité:**Homme**

Souhaitable : <4.97

Risque*2 : 4.97-9.5

Risque*3 : >9.5

Femme

Souhaitable : <4.44

Risque*2 : 4.44-7

Risque*3 : >7

Triglycérides

0.78 g/l

(<1.50)

0.89 mmol/l

(<1.71)

Normes interprétatives

Normal: <1.5

Critique: 1.50-1.99

Elevé : 2.00-4.99

Très élevé: >5.00

17/01/2017

0.90

1.03

Transaminases GOT /ASAT

26.8 UI/L

(<35.0)

Transaminases GPT/ALAT

26.3 UI/L

(<35.0)

DEBIT DE FILTRATION GLOMERULAIRE DE LA CREATININE**ESTIMATION- MDRD**

140.8 ml/mn

(>80.0)

17/01/2017

150.1

ESTIMATION- MDRD

(Sujet d'origine subsaharienne)

170.4 ml/mn

(>80.0)

181.6

Normes interprétatives

80 à 120 ml/mn : Valeurs normales

60 à 80 ml/mn : Insuffisance rénale légère

30 à 60 ml/mn : Insuffisance rénale modérée

<30 ml/mn : Insuffisance rénale sévère

<15 ml/mn : Insuffisance rénale terminale

NB: Cockcroft et MDRD ne donnent qu'une estimation du débit de filtration glomérulaire. On leur préfère la clairance de la créatinine sur les urines de 24H dûment collectées.

VALIDATION ELECTRONIQUE :

Dr Abcehwahab AL FATH

BILAN ENDOCRINIEN

TSH us

(Tech: Chimiluminescence/Access 2)

2.592 $\mu\text{UI/mL}$

(0.380-5.330)

Normes interprétatives

Hyperthyroïdie : <0.150

Euthyroïdie : 0.380 à 5.330

Hypothyroïdie : >7.000

Femme enceinte

1er trimestre : 0.05 – 3.70

2ème trimestre : 0.31 – 4.35

3ème trimestre : 0.41 – 5.18

(RC) : Résultat contrôlé sur le même prélèvement

Compte-rendu complet

VALIDATION ELECTRONIQUE :



Dr Abdelwahab AL FAITH