

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

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

N° W19-444011

MD = 24 698
 Optique Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)	
Matricule :	6968
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)
Société : R.A.M.	
Nom & Prénom : HSS WAHID	
Date de naissance : 19104163	
Adresse : RESIDENCE EL BARAF, MM DSS	
Tél. : 066 130 667	Total des frais engagés : 300 + 842,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
DR JAHIR RILLEILA	
Spécialisé en Endocrinologie	
Diabetologie et Maladies Métaboliques	
Rés. Safaa IMM 405 - 3ème Etage	
90. El Qods Afif Chock - Casablanca	
Tél : 05 22 50 66 06	
INPE : 091166082	
Date de consultation :	25/07/2020
Nom et prénom du malade : chakir zadiha ep FAD	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Diabète Type 2	
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 : 09/07/2020 Le :

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Signature et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/01/2023	C2	3000h	INPE : 0911660	<i>Signature du Médecin</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACH-CHARAF Dr. Bouchra TADOUR Coopérative Ach-charaf N° DM2 Hay Inara Laâyoune Casablanca Tél.: 05 22 21 84 09	25/01/2023	842,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur JABRI Leila

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie

Maladies Métaboliques

Diplômée de la Faculté
de Médecine de NICE

Diplômée en Echographie

Thyroidienne - Université Paris Des Cartes

25 Janvier 2020

الدكتورة جبري ليلى

اختصاصية في مرض السكري

أمراض الغدد الصم - أمراض الايض

خريجة كلية الطب بنينس بفرنسا

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى

للخدمة الدركية

Casablanca, le الدار البيضاء في

Mme FADI RACHIDA

$$10,40 \times 6 = 62,40$$

1/ METFORMINE WIN 500 MG



1 co Matin et 1 Soir pendant 3 mois après le repas

2/ Galvus cp 50 mg

1 Midi pendant 3 mois au milieu du repas

842,40

LOT : 9MA041
PER : 05 2022

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL 830

P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

PHARMACIE ACH-CHARAF
Dr. Bouchra TAOUDI
Coopérative Ach-Charaf N°DM2
Hay Inara Hadouia Casablanca
Tél.: 05 22 21 64 09

LOT : 9MA041
PER : 05 2022

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL 830

P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

LOT : 9MA041
PER : 05 2022

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL 830

P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

LOT : 19E001
PER : 08 2022

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL 830

P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

LOT : 9MA041
PER : 05 2022

METFORMINE WIN 500MG
CP PEL 830

P.P.V : 10DH40

6 118000 062127

شارع القدس إقامة الصفا تجذة السكن الآنيق عمارة 405 رقم 18 الطابق الثالث الدار البيضاء

Bd El Qods, Résidence SAFFA, lotissement Assakan Al Anik, Imm 405 - 3ème étage N° 18 - Casablanca

Tél.: 05 22 50 66 06 - Email : diabeto.jabri@gmail.com



6118001031030

Galvus® 50 mg

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



6118001031030

Galvus® 50 mg

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



مختبر التحاليل الطبية جنلاب "أم الريـبع"
Laboratoire de biologie médicale Génelab
"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOUZ
 Pharmacien Biogiste

الدكتور بنعزوز محمد
 صيدلي إيجانى

Laboratoire certifié par
IMANOR
 CERTIFICATION
 N° 2017 CSMQ.04 : 01
 NM ISO 9001 : 2015

Mme CHAKI Rachida Ep Fadi

Dossier N° : 170120-021

Page : 2/2

ANALYSES URINAIRES

Valeurs Usuelles

Antériorité

Rapport Albuminurie/Creatininurie(RAC)

μALBUMINURIE	:			
μAlbuminurie	:	3,60	mg/l	(Inférieur à 20)
CREATININE URINAIRE	:			
(M.Picrate Alcalin/Olympus AU400)				
Céatininurie	:	956,10	mg/l	(280 - 2170)
		8,00	mmol/l	(2,5 - 19)
Rapport Alb/Crea (mg/mmol)	:	0,42	mg/mmol	

Albuminurie/Créatininurie (RAC).

→ Normal si :

RAC < 2.0 (hommes)

RAC < 2.8 (femmes)

Dans ce cas le taux estimé d'albumine est de < 30 mg/jour

→ Néphropathie débutante*(micro albuminurie) si :

RAC compris entre 2.0 et 20.0 (hommes)

RAC compris entre 2.8 et 28.0 (femmes)

Dans ce cas le taux estimé d'albumine est de 30 à 300 mg/jour

→ Néphropathie patente (macro-albuminurie)

Positif RPC > 20.0 (hommes) > 300 mg/jour

RPC > 28.0 (femmes)

Et RPC > 66.7 (hommes) > 1000 mg/jour
 RPC > 93.3 (femmes)

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement

Dr. Mohamed BENAZZOUZ

| Dr. Meriem HAOUANE

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

شارع أم الريـبع .الالفة .(أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) .إقامة أبواب أم الريـبع .عمارة "س" .الدرالبيضاـء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm."C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - البريد : 35051078 - ت.م : 05 22 93 10 61 - Fax. : 05 22 93 10 61 - الفاكس : 05 22 93 10 61

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - الهاتف : 0522 93 10 60 - GSM WhatsApp : 0676 84 52 02 - Site web : www.Lbmgenelab.com