

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.

## Éducation :

- 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

82728

## Déclaration de Maladie : N° P19-0010172

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **7580** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ESSAHIBI HASSAN** Date de naissance : **01/11/1961**

Adresse : **N°20 Bloc 3 Hay Al Elham Dchiria** [Nefzaoui]

Tél. : **06 95 56 09 49** Total des frais engagés : **1350,- Dhs**

#### Cadre réservé au Médecin

**Docteur Abdelaziz SAHIBI**  
Echographie - Diabétologie  
Diététique Médicale - Médecine Générale  
N° 10 Av. Mokhtar Soussi Imm. Hayounia  
Inezagane - Tél. : 05 28 33 33 33

Date de consultation : **11 AOUT 2021**

Nom et prénom du malade : **ESSAHIBI HASSAN** Age : **59**

Lien de parenté :  **Lui-même**

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : **Arthrite 2** [le fesse]

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 : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0010172

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **7580**

Nom de l'adhérent(e) : **ESSAHIBI HASSAN**

Total des frais engagés : **1350,- Dhs**

Date de dépôt :

#### **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
11. AOUT 2021	C		750,00	Docteur Abdelaziz SAHIB Echographie - Diabétologue Médicale - Médecine Générale Centre Soussi M. Hagounia 0528333333

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AL-SEJOUR Dr. M. A. EL TESSASSI ed. Al-Jaleel 15 Assalam Al-Jaleel : 05 28 33 84 40	27/9/23 A/128123	27942 A/128123

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Laboratoire Médical d'Analyses Médicales</i>	13.08.21	B 360	421,-

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### VIOLET ADHERENT

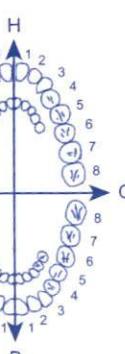
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

#### **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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D ----- G 00000000   00000000 35533411   11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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**

Docteur Abdelaziz Sahi  
Diplômes Universitaires en :  
Diabétologie - Diététique Médicale  
Echographie  
de l'Université de Montpellier 1 - France

LOT 201589  
EXP 05/2023  
PPV 30.00DH

الدكتور عبد العزيز سحي  
دبلومات جامعية في :  
داء السكري - التغذية الطبية  
الإيكوغرافيا  
خريج جامعة مونبليي 1 - فرنسا

Médecine Générale

الطب العام



INPE : 0411 22 797

INEZGANE, Le : 11/08/2021

ORDONNANCE

Mr : ESSAHIBI HASSAN



1 GLEMA 3 MG COMPRIMÉS: QSP: 3 MOIS

2 cp par jour à jeûn

2 METFORMINE WIN 500 MG COMPRIMES QSP: 3 MOIS

1 cp le matin et 2 cp midi et soir

3 SOCLAV 1 G SACHETS: BOITE I

1 sachet 2 fois par jour.

4 DOLIPRANE VITAMINE C COMI

1 cp 3 fois par jour

5 OEDES 20 MG GÉLULES

1 gél. par jour à jeûn.

6 SAFLU 250 SPRAY:

2 bouffées 2 fois par jour.



18,00



INPE: 420



Docteur Abdelaziz Sahi  
Echographie - Diabétologie - Mé  
diétique Médicale -  
N° 10 Av. Mokhtar Soussi  
Inezgane - Tél. : 05 28 33 33 33

PPV 165 DH  
PER 122023  
LOT 6810197

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V :10DH40  
  
6 118000 062127

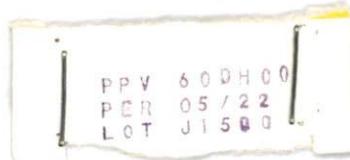
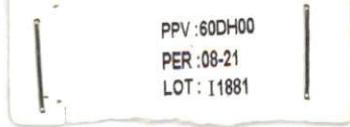
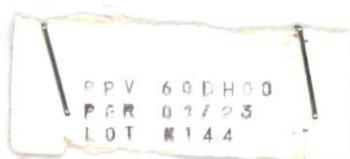
METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V :10DH40  
  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V :10DH40  
  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V :10DH40  
  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V :10DH40  
  
6 118000 062127

METFORMINE WIN 500MG  
CP PEL B30  
P.P.V :10DH40  
  
6 118000 062127



**Docteur Abdelaziz Sahibi**

Diplômes Universitaires en :  
Diabétologie - Diététique Médicale  
Echographie  
de l'Université de Montpellier 1 - France

Médecine Générale

الدكتور عبد العزيز صحبي  
دبلومات جامعية في :  
داء السكري - التغذية الطبية  
الإيكوغرافيا  
خريج جامعة منولي 1 - فرنسا

الطب العام



INPE : 0411 22 797

**NOTE D'HONORAIRE**

Date : 11/08/2021

Nom : ESSAHIBI HASSAN

Je soussigné Dr SAHIBI Abdelaziz, certifie  
avoir reçu de Mr ESSAHIBI HASSAN, la somme de  
150,00 MAD pour les actes pratiqués :  
Consultation : 150,00 Mad

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme  
de cent cinquante Dirhams

Docteur Abdelaziz SAHIBI  
Echographie - Diabétologie  
Diététique Médicale - Médecine Générale  
N° 10 Av. Mokhtar Soussi Imm. Hagounia  
Inezgane - Tél. : 05 28 33 33 33

INPE : - ICE :

# Docteur Abdelaziz Sahibi

Diplômes Universitaires en :  
Diabétologie - Diététique Médicale  
Echographie  
de l'Université de Montpellier 1 - France

Médecine Générale

الدكتور عبد العزيز صحبي  
دبلومات جامعية في :  
داء السكري - التغذية الطبية  
الإيكوغرافيا  
خريج جامعة منبولي 1 - فرنسا

الطب العام



INEZGANE, Le : 11/08/2021

INPE : 0411 22 797

**Nom : ESSAHIBI HASSAN**

Urée - Créatinine

Hémoglobine Glyquée ( HbA1c ) - Acide Urique

Cholésterol Total; Triglycérides; HDL-cholesterol; LDL-cholesterol

35 D. d'Analyses  
Laboratoire  
Tel / des RAISSES Médicalles  
Fax : 05 28 33 33 33  
Charles Journe  
33 39 73  
Inezgane

Docteur Abdelaziz SAHIBI  
Echographie - Diabétologie  
Diététique Médicale - Médecine Générale  
N° 10 Av. Mokhtar Soussi Imm. Hagounia  
Inezgane - Tél. : 05 28 33 33 33

**LABORATOIRE JAMAL D'ANALYSES MEDICALES**

1 AV DES FAR, LES CHALETS, 86350 INEZGANE. Tél/Fax : 05.28.33.39.75

PAT 49300046 INP 043001239 IF 76936360×ICE 1626255000008

Assuré

Bénéficiaire : Mr ESSAHIBI Hassan

Prescripteur : DR ABDELAZIZ SAHIBI

FACTURE N° 2108132152

Facturé le : 13/08/2021

**Récapitulatif des analyses**

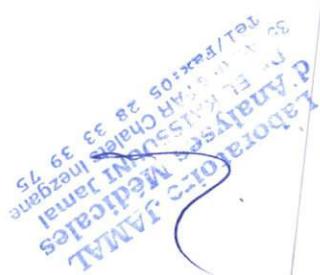
CN	Analyse	Val	Clefs
PSA	Prélèvement sang adulte	E25	L
0100	Acide urique	B30	B
0106	Cholestérol total	B30	B
0110	Cholestérol HDL+ L D L	B80	B
0111	Créatinine	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0134	Triglycérides	B60	B
0135	Urée	B30	B

Total  
B :

360

TOTAL DOSSIER : 421 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent vingt et un dirhams



# مختبر جمال للتحاليل الطبية

## Laboratoire Jamal d'Analyses Médicales

- Docteur en Pharmacie
- D.E.S de Biologie Médicale
- D.E.A. de Microbiologie - Enzymologie - Nutrition
- Doctorat d'Université mention Biologie-Santé
- DIU de Biologie de la reproduction
- DU Assurance Qualité En Biologie Médicale
- Auditeur IRCA en SMQ ISO 9001
- DU Auditeur Qualité En Biologie Médicale
- Chargé de cours UMF
- Evaluateur Technique COFRAC ISO 15189

- صيادي إحياني
- دبلوم الدراسات المعمقة في علم
- الميكروببيولوجية وعلم التقديرة
- دكتور في علم الصحة والبيولوجية
- دبلوم المساعدة الطبية للإنجذاب
- دبلوم الجودة في التحاليل الطبية
- مفتاح «إيركا» نظام إدارة الجودة إيزو 9001
- دبلوم مفتاح الجودة في التحاليل الطبية
- محاضر في جامعة محمد السادس 15189
- مفتاح الجودة «كوفراك» إيزو 9001

**Dr. Jamal ELKAISOUNI** **الدكتور جمال القيسيوني**

Prescripteur : Dr SAHIBI Abdelaziz  
Ville : inezgane



Mr ESSAHIBI Hassan  
DDN : 01/11/1961

Ville : INEZGANE  
Enregistré le : 13/08/2021 à 10:27, Edité le : 14-08-2021 à 09:54

-----Compte Rendu d'Analyses-----

### BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE Echantillon sérique

			14/07/2020
Urée (Test cinétique à l'uréase)	0.26 g/L	(0.10–0.50)	0.22
Créatinine (Méthode de jaffé cinétique)	9.1 mg/L 69.5 µmol/L	(4.0–13.0) (30.5–99.2)	8.1
<i>Clairance de la créatinine</i> DFG calculé selon la formule MDRD :	104 mL/min		120
– Insuffisance rénale modérée : 30 – 60 mL/min			
– Insuffisance rénale sévère : 15 – 30 mL/min			
– Insuffisance rénale terminale : < 15 mL/min			
Triglycérides # (Dosage enzymatique)	0.79 g/L 0.9 mmol/L	(0.50–1.50) (0.6–1.7)	1.53
Cholestérol total # (Dosage enzymatique)	1.45 g/l 3.7 mmol/L	(<2.50) (<6.5)	1.16
HDL-Cholestérol (Dosage enzymatique)	<u>0.27</u> g/L	(>0.30)	0.23
LDL-Cholestérol (direct) (Dosage enzymatique)	1.08 g/L	(<1.70)	0.69
Acide Urique (Dosage enzymatique)	39 mg/l	(35–72)	44

Page : 1/ 2

15/10/2020

HbA1c

(GBTosoh)

INTERPRETATION:  
<6 non diabétique  
6,5-8 bon contrôle  
>8 mauvais contrôle

11.8 %

7.6

Dossier validé par : Jamal EL KAISSOUNI

Laboratoire JAMIL  
l'Analyse Médicales  
Dr. EL KAISSOUNI Jamal  
5, Av. des Chalets Inezgane  
Tél / Fax: 05 28 33 39 75

valable 3 mois

Le 11/08/2021

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné : Dr. SAHIBI Abdelaziz

INPE : 0411 22 797

Certifie que Mme, Mme, M. : ESSAHIBI HASSAN

Abdelaziz Sahibi

Présente .....

Nécessitant un traitement d'une durée de : 03 mois

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

Dr. Abdelaziz Sahibi

Dont ci-joint ordonnance : 1er 08.2021

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Docteur Abdelaziz SAHIBI  
Echographie - Diabétologie  
Diététique Médicale - Médecine Générale  
N° 10 Av. Mokhtar Soussi Imm. Hagounia  
Inezgane - Tél. : 05 28 33 33 33