

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 qu'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.

Diagnostique 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.



Déclaration de Maladie : N° P19-0002382

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1797 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DAIF ABDERRAHM Date de naissance : 30.06.1954

Adresse : 80 Lot ESSADDA II - Sidi NAAROUF - Casablanca

Tél. : 05.60.61.68.69 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06.09.2021

Nom et prénom du malade : ENNASR NADIA Age : 53 ans

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

Nature de la maladie : N. Diabète de 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 : CASABLANCA Le : 08/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
06/07/21	9		300 dh	
0 JUL. 2021	62			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

10.07.2021

793.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

08/07/21

3130

170.5

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

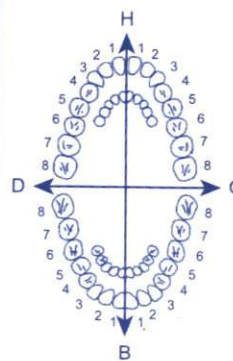
Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																								
																											
<p>Coefficient DES TRAVAUX</p>																											
<p>MONTANTS DES SOINS</p>																											
<p>DEBUT D'EXECUTION</p>																											
<p>FIN D'EXECUTION</p>																											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> <th colspan="2"></th> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				
H		G																									
25533412	21433552																										
00000000	00000000																										
00000000	00000000																										
35533411	11433553																										
B																											
<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																											
<p>DATE DU DEVIS</p>																											
<p>DATE DE L'EXECUTION</p>																											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Samia NEJJAR

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ancienne interne des Hôpitaux de Paris
(Hôtel Dieu de Paris)

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie
Maladies Métaboliques et Nutrition

- Diabète • Goitre • Obésité • Hypertension artérielle
- Cholestérol • Stérilité • Trouble de croissance et de puberté • Pathologie surrénalienne & hypophysaire
- Pose de Pompe à Insuline •

الدكتورة سامية النجار

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

اختصاصية في أمراض الغدد، السكري، السمنة

- الغدة الدرقية • داء السكري • السمنة • الكوليسترول
- الضغط الدموي • أمراض النمو والبلوغ • العقم
- أمراض الكظران و الغدة النخامية

تركيب مضخة الأنسولين

Casablanca, le 10/7/2021

Mme ENNASR Nadia

1) AMARIL 3mg (+ 1B)

1-1/2-0 à jeun

2) METFORMINE WII 850mg (+ 2B) - 850mg

0-1-1 au lunch du soir

3) OTIPAX

1 goutte dans
l'oeil

3 fois

Docteur Samia NEJJAR
Endocrinologue - Diabétologue
Complexe Al Moustakbal, Imm. 107, GH04
Appt. N°2, Sid Maârouf - Casablanca
Tél: 05 22 97 57 35 - Fax: 05 22 97 57 35

PHARMACIE MAHMOUD
Mme. KHALIL Maryem
34, Lot. Sade III - Sid Maârouf
24, 39 81 - Casablanca
Tél: 0522 97 39 81

إقامة المستقبل، عمارة 107، GH 04، شقة 2، سيدي مصطفى - الدار البيضاء
Résidence Al Moustakbal, Imm. 107, GH 04, appt. 2 - Sid Maârouf - Casablanca
Tél: 05 22 97 57 35 - الهاتف - Fax: 05 22 97 56 44 - الفاكس

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 21E001
PER : 01 2024
6 118000 060017

LOT : 21E001
PER : 01 2024

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 20E003
PER : 08 2023
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 21E001
PER : 01 2024
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 21E001
PER : 01 2024
6 118000 060017

AMAREL 3MG
CP B30
P.P.V : 92DH10
LOT : 21E001
PER : 01 2024
6 118000 060017

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
LOT : 20E014
PER : 08 2023
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
LOT : 20E014
PER : 08 2023
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
LOT : 20E021
PER : 11 2023
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
LOT : 20E022
PER : 12 2023
6 118000 062134

METFORMINEWIN 850MG
CP PEL B30
P.P.V : 17DH10
LOT : 20E021
PER : 11 2023
6 118000 062134

Lot : 3561
Per : 10 2023
BIOCODEX MAROC PPV 20.10 DH

23,90

45,20

45,20

Docteur Samia NEJJAR

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ancienne interne des Hôpitaux de Paris
(Hôtel Dieu de Paris)

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie
Maladies Métaboliques et Nutrition

- Diabète • Goitre • Obésité • Hypertension artérielle
- Cholestérol • Stérilité • Trouble de croissance et de puberté • Pathologie surrénalienne & hypophysaire
- Pose de Pompe à Insuline •

الدكتورة سامية النجار

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

اختصاصية في أمراض الغدد، السكري، السمنة

- الغدة الدرقية • داء السكري • السمنة • الكوليسترول
- الضغط الدموي • أمراض النمو والبلوغ • العقم
- أمراض الكظران و الغدة النخامية
- تركيب مضخة الأنسولين

Casablanca, le 06/07/2021

M. ENNASR Nadia

H54C

G4J

Docteur Samia NEJJAR
Endocrinologue - Diabétologue
Complexe Al Moustakbal, Imm. 107, GH04
Appt. N°2, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél / Fax : 022 97 57 35

Dr. Samia NEJJAR
MIJHAR LAB
Centre Commercial Soufiane, Lot Chaïma
Bd. Abou Bakr El Kadiri Sidi Maarouf
CASABLANCA
Tél.: 05 22 68 35 66 - 05 22 68 18 06

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MIJHARLAB

Centre commercial Soufiane, Lot Chaima, Bd Abou Bakr EL KADIRI,

Sidi Maarouf, Casablanca

Tél : 0522583556- Fax : 0522581805

IF: 15252767- TP: 36167325- CNSS: 43023445- ICE: 000114256000076-INPE: 093061760

FACTURE N° : 210005754

Casablanca le 08-07-2021

Mme Nadia ENNASR EP DAIF

Demande N° 2107082002

Date de l'examen : 08-07-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B

Total des B : 130

TOTAL DOSSIER : 170.00 DH

Type de reglement : Espèces le 08-07-2021

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent soixante-dix dirham s

Dr. Samir MIJHAR
Centre Commercial Soufiane, Lot Chaima
Bd. Abou Bakr El Kadiri Sidi Maarouf
CASABLANCA
Tél. 05 22 58 35 56 - 05 22 58 18 05



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES MIJHARLAB

Hématologie - Immunologie - Biochimie - Parasitologie - Mycologie - Bactériologie - Virologie

Docteur Samira KOUTAIR

Spécialiste en Biologie Médicale

D.U. Qualité Biologie Médicale - Bordeaux

Prélèvement du : 08-07-2021

Identifiant : 1601132003

Edition : 08-07-2021

Patient : Mme ENNASR EP DAIF Nadia

Date de naissance : 14-02-1968

Référence : 2107082002

Prescripteur : Dr NEJJAR Samia

BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeûn

1.55 g/L

(0.70-1.10)

03-03-2021 1.18

8.60 mmol/L

(3.89-6.11)

Hémoglobine glycosylée

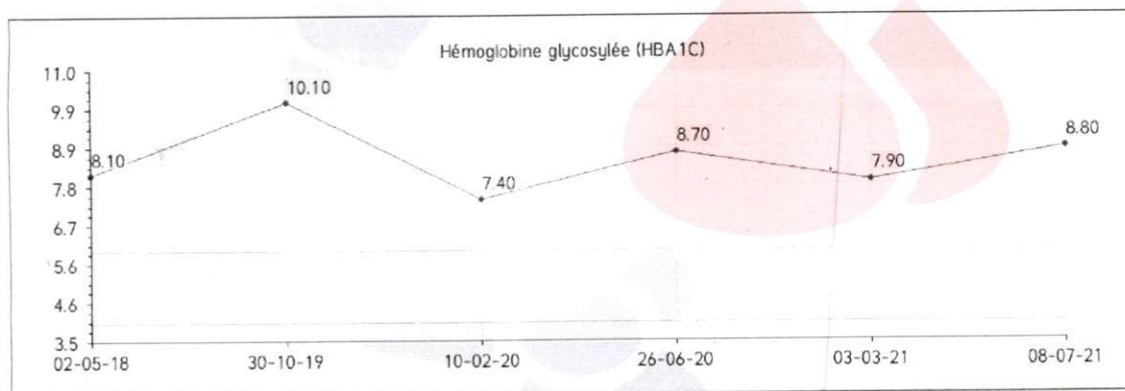
8.8 %

03-03-2021

7.9

(HBA1C)

(HPLC TOSOH-GX)



Valeurs de référence :

Sujet normoglycémique : 4 à 6 %

Sujet diabétique équilibré : Objectif ciblé autour de 6.5 %

Diabète mal équilibré : Taux supérieur à 8%

Demande validée par : Dr Koutair Samira

Laboratoire d'Analyses Médicales
MIJHARLAB
Centre Commercial Soufiane Lot Chaima
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 05 22 58 35 56 - Fax : 05 22 58 35 57
Page 1/1

Centre commercial Soufiane, Lot Chaima, Bd Abou Bakr EL KADIRI, Sidi Maarouf, Casablanca

Tél: 05 22 58 35 56 - 06 32 16 30 36 - Contactez pour RDV: 06 64 46 14 35 - <http://rdvcovidmaroc.com/mijharlab>

IE : 15252767 - TP : 36167325 - CNSS : 43023445 - ICE : 000114256000076 - E-mail : mijharlab@yahoo.fr

2021/07/08 09:03

TOSOH CORPORATION V01.24

NO: 0003 TB 0001 - 03

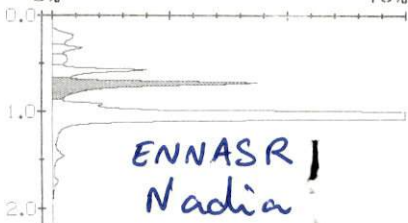
ID: 112107080002

CAL(N) = 1.1811X + 0.5671

TP 978

NAME	%	TIME	AREA
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	1.1	0.22	14.88
A1B	0.8	0.35	11.20
F	0.7	0.48	9.58
LA1C+	2.5	0.58	33.15
SA1C	8.8	0.71	93.15
A0	87.9	1.05	1180.06
TOTAL AREA			1342.03

HbA1c 8.8%

HbA1 10.7 % HbF 0.7 %
0% 15%

347 HOST COMM ERR(RT) 09:06

* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT *