

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

cique :

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.

ntaire :

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.



Déclaration de Maladie

Nº M21- 0010753

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 97-3 Société : RAN. (93673)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NAZROU, FATHIHA

Date de naissance : 30/6/1966

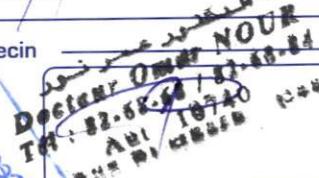
Adresse : Rue 2 N° 22 Abdellah F

Tél. : 022 281 044

Total des frais engagés : 1021,70 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/01/2011

Nom et prénom du malade : NAZROU, FATHIHA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Bondi ay

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 : 22/11/2021

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---------------------------------------------------------|----------|------------------------------|------------------------|
| Dr. med. sci. M. Radulescu Laboratoire de Radiologie | 09.11.01 | BK 2000 | 600 lei |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 d

| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr> <td>G</td><td>00000000</td><td></td></tr> </table> | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G | 00000000 | | Coefficient DES TRAVAUX |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| G | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | |

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Nour Omar

الدكتور نور عمر

OMNIPRATICIEN

Diplôme Universitaire en Echographie Clinique.

Diplôme Universitaire Diététique Médicale et Nutrition.

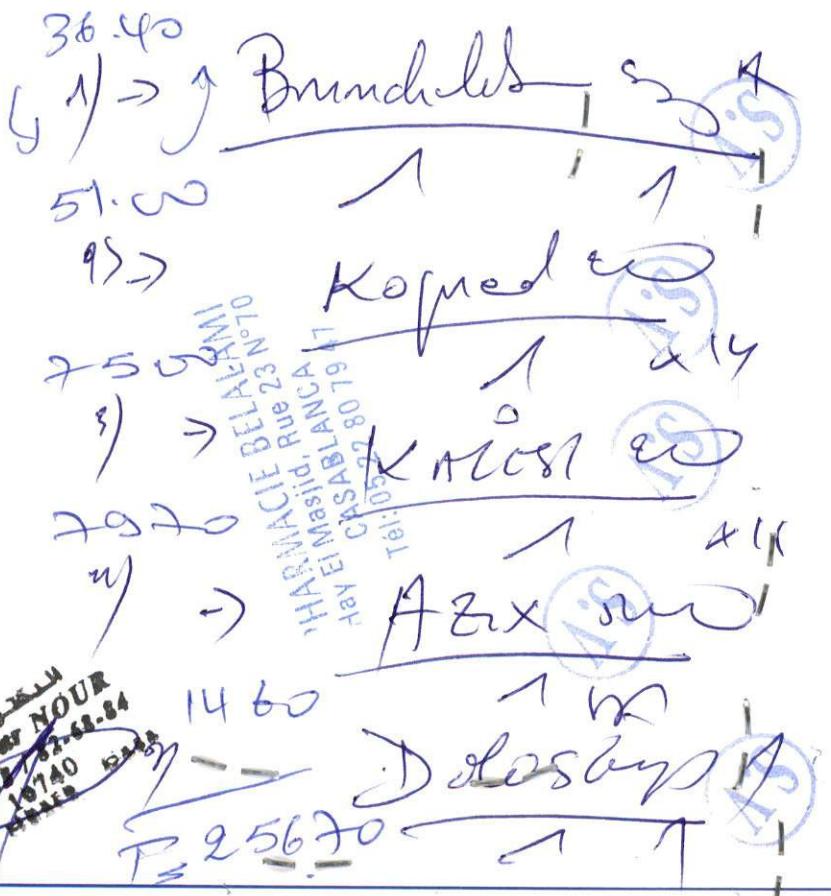
Diplôme Universitaire en Diabétologie

Faculté de Médecine Montpellier - FRANCE.

ELECTROCARDIOGRAMME

Médecine Générale

Casablanca, le : 08/11/87 اندار البيضاء، في :



Tél. : 05 22 82 68 68 - 05 20 01 01 07

77, زنقة الغرب هي العيون درب السلطان الفداء

77, Rue El Garb Hay Laâyoune (en Face Marché Jemeâa) - Casablanca

LOT 201584
EXP 05/2023
PPV 75.00DH

KALEST 20 mg

Oméprazole (DCI)
28 gélules



6 118000 340065

PHARMAS | LOT : 5532
UT.AV:12-23
PPV:36DH40

comprimés

PPV: 79DH70
PER: 12/23
LOT: J3530

AZIX®

Amphotéricine

500 mg

3 comprimés sécables

6 118000 040941

140,62

81,00

BRONCOLIBER® 30 mg/ 5ml

200 ml de solution buvable

6 118000 420163

Dolostop® 100mg

Boîte de comprimés effervescents

6 118000 094173

Docteur Nour Omar

الدكتور نور عمر

OMNIPRATICIEN

Diplôme Universitaire en Echographie Clinique.

Diplôme Universitaire Diététique Médicale et Nutrition.

Diplôme Universitaire en Diabétologie.

Faculté de Médecine Montpellier - FRANCE.

M AZ LOUI

FATIMA

ELECTROCARDIOGRAMME

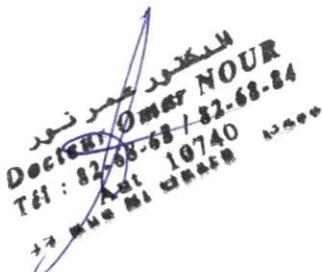
Médecine Générale

Casablanca, le : 08/11/2021 الدار البيضاء، في :

- glycémie + HbA1c

- TSH

- TG + cholestérol



Tél. : 05 22 82 68 68 - 05 20 01 01 07

زنقة الغرب حي العيون درب السلطان الفداء 77

77, Rue El Garb Hay Laâyoun (en Face Marché Jemeâa) - Casablanca

Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067
Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Houcine - Casablanca
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

Dr Jalil ELMANJRA

Pharmacien Biogiste
Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon
Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Pharmacien Biogiste
Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon
D.I.U. de Biologie de la Reproduction

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

Casablanca le 9 novembre 2021

Mme MAZROUI FATIHA

pmd

FACTURE N° 37680

Analyses :

| | | | |
|----------------------------------|---|-----|---------------|
| Glycémie (a jeun) ----- | B | 30 | |
| Hémoglobine A1c Glycosylée ----- | B | 100 | |
| Triglycérides ----- | B | 60 | |
| Cholestérol total ----- | B | 30 | |
| Thyreostimuline (TSH us) ----- | B | 200 | Total : B 420 |

Prélèvements :

| | | |
|-----------|----|----|
| Sang----- | Pc | 15 |
|-----------|----|----|

TOTAL DOSSIER 615,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Six Cent Quinze Dirhams

LABIOMED
Casablanca - 122, Bd. G. Amla Quartier Racine
Laboratoire d'Analyses Médicales

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)



Mme MAZROUI FATIHA
Dossier N° : PMD21601658

Dossier ouvert le : 09/11/21 Prélèvement reçu à 07:48 - Edité le : 09/11/21

Page N° 1/2

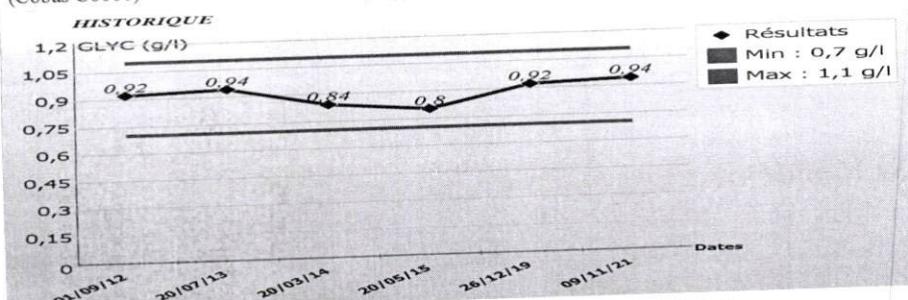
BIOCHIMIE

Antériorités

26/12/19

GLYCEMIE A JEUN : **0,94** g/l
(Cobas C6000) : **5,2** mmol/l

0,70 à 1,10 0,92
3,89 à 6,11 5,1



HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE : **5,7** % HbA1c
(Automate Coba E6000))

N : 4,0 à 6,4 5,5

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Dr Jálil ELMANJRA

Pharmacien biologiste

Ancien assistant des hôpitaux de Dijon • France



Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Pharmacien biologiste

Ancien interne des hôpitaux de Besançon • France

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)



Mme MAZROUI FATIHA
Dossier N° : PMD21601658

Page N° 1/2

Dossier ouvert le : 09/11/21 Prélèvement reçu à 07:48 - Edité le : 09/11/21

BIOCHIMIE

Antériorités

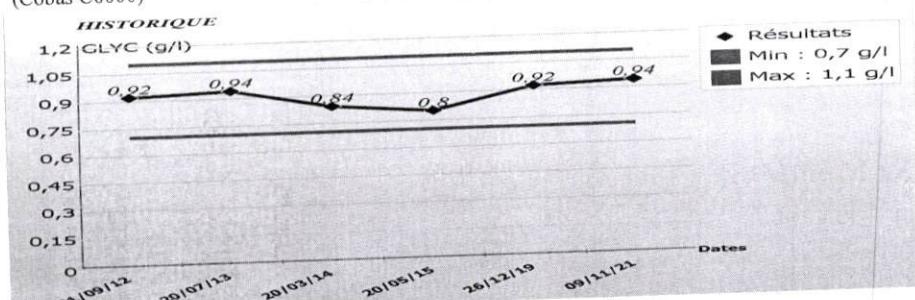
26/12/19

GLYCEMIE A JEUN
(Cobas C6000)

: 0,94 g/l
: 5,2 mmol/l

0,70 à 1,10
3,89 à 6,11

0,92
5,1



HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE : 5,7 % HbA1c
(Automate Coba E6000))

N : 4,0 à 6,4 5,5

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)



Mme MAZROUI FATIHA
Dossier N° : PMD21601658

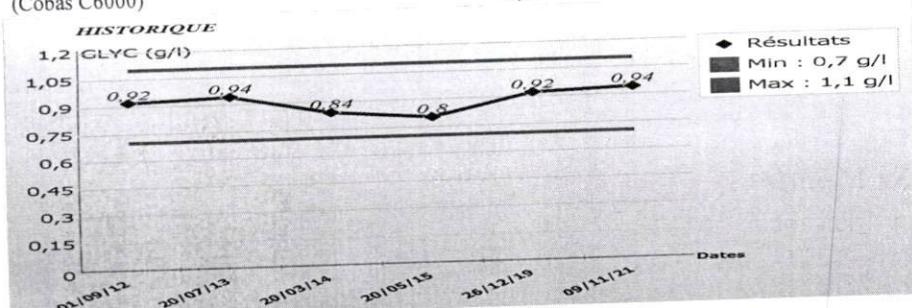
Dossier ouvert le : 09/11/21 Prélèvement reçu à 07:48 - Edité le : 09/11/21

Page N° 1/2

BIOCHIMIE

Antériorités

| | | 26/12/19 |
|----------------------------------|----------------------------|------------------|
| GLYCEMIE A JEUN (Cobas C6000) | : 0,94 g/l : 5,2 mmol/l | 0,70 à 1,10 0,92 |
| | | 3,89 à 6,11 5,1 |



HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE : 5,7 % HbA1c
(Automate Coba E6000))

N : 4,0 à 6,4 5,5

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)



Mme MAZROUI FATHA
Dossier N° : PMD21601658

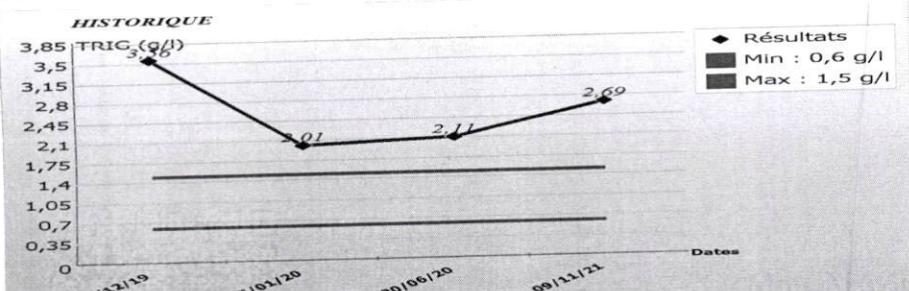
Dossier ouvert le : 09/11/21 Prélèvement reçu à 07:48 - Edité le : 09/11/21

Page N° 2/2

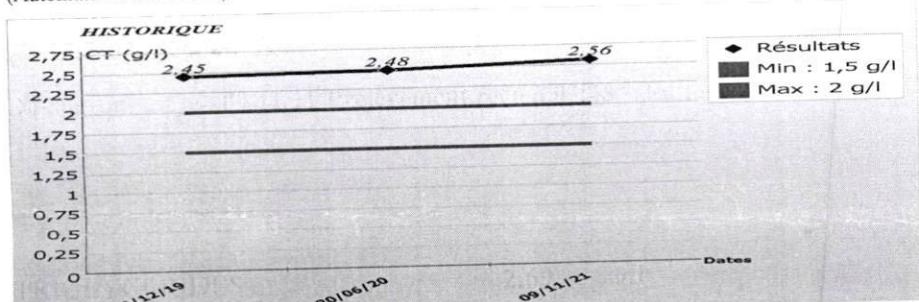
Antériorités

20/06/20

| | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------|
| * TRIGLYCERIDES (Cobas C6000) | : 2,69 g/l : 3,07 mmol/l | 0,60 à 1,50 0,70 à 1,70 | 2,11 2,41 |
|----------------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------|



| | | | |
|-----------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------|
| * CHOLESTEROL TOTAL (Automate Cobas C6000) | : 2,56 g/l : 6,6 mmol/l | 1,50 à 2,00 3,87 à 5,16 | 2,48 6,4 |
|-----------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------|



BILAN THYROIDIEN

26/12/19

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| THREOSTIMULINE (TSH us) (Automate Cobas C6000) (Risque d'interférence avec la Biotine) | : 1,82 µUI/ml | 0,25 à 4,2 <u>Nouvelles normes en 2019 pour la TSH</u> Si Grossesse (1er Trimestre) 0,25 à 2,5 Si Grossesse (Trim 2 + 3) 0,25 à 3,0 | 2,40 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER