

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 062506.

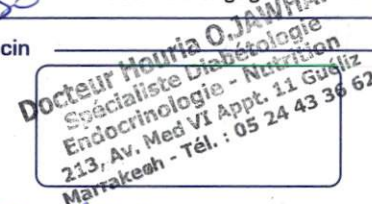
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **118699** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **1323** Société : **RAM**
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **ATMOUS ALI**
 Date de naissance : **1966**
 Adresse : **49, Lot. Skibouj, SERRAVAL**
 Tél. : **0668785930** Total des frais engagés : **268580** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

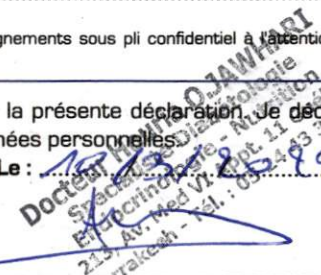


Date de consultation : **10/3/22**
 Nom et prénom du malade : **At Mous Ali** Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : **DNID**
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : **MARRAKECH** Le : **10/3/22**
 Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 10/03/22 | C | 1 | 850,00 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 10/03/22 | 1221,00 |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| | 04/06/22 | B 720 | 1014,30 D.H. |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | 10/03/2022 | | | | | 150,00 |
| | | | | | | |

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|--|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

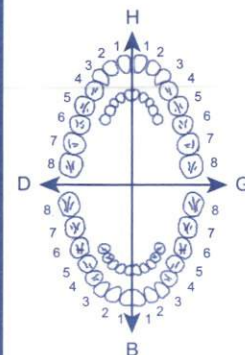
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

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



| | |
|-------------------------|----------------------|
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | <input type="text"/> |
| MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> |
| DATE DU DEVIS | <input type="text"/> |
| DATE DE L'EXECUTION | <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Houria O. Jawhari.

Spécialiste

Diabétologie - Glandes endocrines

Cholestérole - Obésité - Goitre

Impuissances sexuelles - Maladies du sein

Retards de croissance

Nutrition

الدكتورة حورية أ. جوهري

اختصاصية

مراض السكري - أمراض الغدد الهرمونية

لسمنة - الكولسترول - الضعف الجنسي

أمراض الثدي - نقصان النمو

التغذية

Marrakech, le : 10/3/99

M. Air Mous Ali

111,00 x 11

- Humalgmix 25 KPen (300 S)

180 le matin / avant
80 le soir / 9h

1221,00

- Penicilline Glucosyl

150,00

3 cont. / 300 S

Paramedical Essalama
16, Rue Allal Ben Ahmed
Quartier des Hôpitaux
Koch - Tél : 05 24 43 36 62

Pharmacie Marjane Ménara
Ordonnance délivrée le
Centre Commercial Marjane Ménara
Marrakech
Tél : 05 24 31 27 23

Docteur Houria O. JAWHARI
Spécialiste Diabétologie
Endocrinologie - Nutrition
213, Av. Mohamed V, Apt 11, Guéliz
Marrakech - Tél : 05 24 43 36 62

213, شارع محمد الخامس رقم 11، الطابق الثاني - جليز - مراكش (عمارة الخطوط الملكية الجوية المغربية) - الهاتف : 08 08 39 09 65 / 05 24 43 36 62

213, Avenue Mohamed V, Apt 11, 2ème Etage Guéliz - Marrakech (Imm. Royal Air Maroc) - Tél C : 05 24 43 36 62 / 08 08 39 09 65

IF : 68905120 - ICE : 001629132000026 - INP : 071117063

LOT:

TD21D122-BCD

CODE:

832



2023-01-22

Tear Off ▶▶▶

Diabcontrol®
TD-4279
Bandelettes

50
Bandelettes



Utilisez exclusivement avec le lecteur de glycémie Diab control TD-4279.
50 bandelettes de test, Instructions à l'intérieur.

**X**

Remarque:

1. Ne pas appliquer le sang sur le haut de la bandelette.
2. Toute zone de cette bandelette peut être touchée et la glycémie ne sera pas affectée.

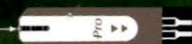
**✓**

Les composants chimiques de la bandelette:

- | | |
|--|-----|
| 1. la glucose-déshydrogénase (E. coli) | 8% |
| 2. Transporteur d'électron | 55% |
| 3. Enzyme protecteur | 8% |
| 4. Les ingrédients non réactifs | 29% |

1.1 µL Petite goutte de sang

Appliquez une goutte de sang ici



Diabcontrol®
TD-4279
Test Strip

50
Test Strip



Use only with Diab control TD-4279 blood glucose meter.
50 Test Strips and Instruction inside.

TaiDoc Technology Corporation
81-7F, No. 127, Wugong 2nd Rd., Wugu Dist.,
New Taipei City 248, Taiwan (R.O.C.)
www.taidoc.com

MedNet GmbH
Borkstraße 10
48163 Münster, Germany

CE 0123 For self-testing.
20-37°C



302-4279101-015

LOT D395788P.2
UT AV 12 2023
PPV 111.00 DH

LOT D395788H.3
UT AV 12.2023
PPV 111.00 DH

LOT D359834P.6
UT AV 10 2023
PPV 111.00 DH

LOT D359834P.8
UT AV 10 2023
PPV 111.00 DH

LOT D395788H.6
UT AV 12 2023
PPV 111.00 DH

LOT D359834P.8
UT AV 10 2023
PPV 111.00 DH

LOT D395788H.2
UT AV 12 2023
PPV 111.00 DH

LOT D395788H.2
UT AV 12 2023
PPV 111.00 DH

LOT D395788H.6
UT AV 12 2023
PPV 111.00 DH

LOT D395788H.2
UT AV 12 2023
PPV 111.00 DH

LOT D395788H.8
UT AV 12 2023
PPV 111.00 DH

Docteur Houria O. Jawhari

Spécialiste

Diabétologie - Glandes endocrines

Cholestérole - Obésité - Goitre

Impuissances sexuelles - Maladies du sein

Retards de croissance

Nutrition

الدركتور حورية ذ. جوهري

اختصاصية

مراض السكري - أمراض الغدد الهرمونية

لسمنة - الكولسترول - الضوف الجنسي

أمراض الثدي - نقصان النمو

التغذية

Marrakech, le :

Mr Ach Mous Ali

Transaminases
urectine

HbA_{1c} -

Malme laintine

ECBV -

Dr KOUCHA MOHAMED
Médecin Biologiste

Date du prélèvement: 04/06/2022 à 10h32
Date de naissance : 01/10/1946
Medecin Dr. JAWHARI HOURIA
Edité le : 07/06/2022

Mr. AIT MOUS ALI
Dossier No 0406 006

BIOCHIMIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

H.B.A.1.C 6,8 %
(Technique enzymatique sur MINDRAY BS-240 PRO)

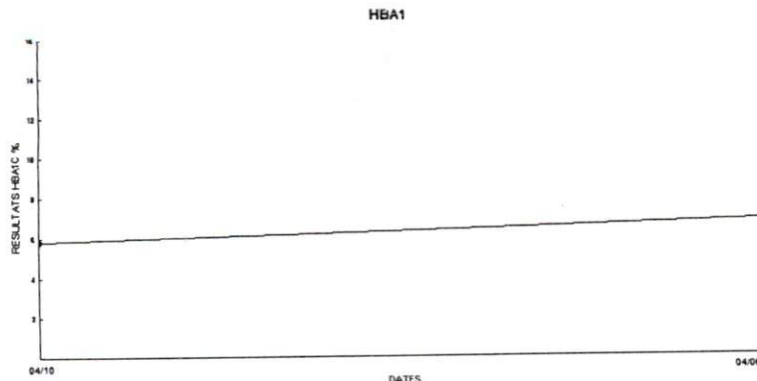
04/10/21 : 5.8

INTERPRETATION:

NORMALE.....Entre 2.5 et 6.0
Diabète équilibré Entre 6.0 et 7.0
Diabète déséquilibré ... Supérieure à 7.0

REMARQUE :

Selon les recommandations ANAES, un dosage de microalbuminurie est préconisé au moins une fois par an



CREATININE..... 15,2 mg/l (N : 6.7 à
Résultat Vérifié
(Méthode enzymatique) 134,5 µmol/l
CHANGEMENT DE REACTIF LE 02/06/22

20/11/21 : 10.2

TRANSAMINASE G.O.T.(ASAT)... 46,0 UI/l (N : inf à 40)
Résultat Vérifié
(Méthode UV cinétique sur Indiko Plus) à 37 degrés (I.F.C.C)
Changement de technique le 02/06/22

08/11/21 : 44.5

TRANSAMINASE G.P.T. (ALAT) ...
(Méthode UV cinétique sur INDIKO)

35,0 UI/l

(N : inf à 40)
à 37 degrés (I.F.C.C)

08/11/21 : 33.1

Changement de technique le 02/06/22

CHIMIE URINAIRE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

DIURESE..... 620 ml/24h

MICROALBUMINURIE DE 24H..... 22,7 mg/l
soit. 14,07 mg/24h

(N:<20mg/L)
(N: <30 mg/24h)

DIURESE..... 620 ml/24h

CREATININE URINAIRE..... 1 815,0 mg/l
(Méthode Jaffé cinétique) Soit... 1 125 mg/24h

(N : 1800 à 2100)

Rapport Microalbuminurie/Créatininurie 1,4 mg/mmol

Interprétation :

- Valeur normale Inférieure à 2 mg/mmol
- Atteinte rénale légère Entre 2 et 20 mg/mmol
- Atteinte des glomérules rénaux..... Supérieure à 20 mg/mmol
- Syndrome néphrotique..... Supérieure à 300 mg/mmol

HORMONOLOGIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

TSH 0,351 uIU/mL
(Technique Électrochimiluminescence sur Cl-1000i MINDRAY)

(N:0.35 à 5.1)

CHANGEMENT DE TECHNIQUE LE 04/03/2020

AZBIO
Dr. KOUCHA Mohamed
120, Rue Med El Biquat - Marrakech
Patente 45107925 - ICE: 001901681000011
Tel: 05 24 43 57 78

AZBIO

120, rue Med El Biquat - Marrakech

Réf. REMIC REFERENTIEL EN MICROBIOLOGIE MEDICALE ET PRECIS DE BIOPATHOLOGIE BIOMNIS. Patente: 45107925 - ICE: 001901681000011
Tel: 05 24 43 57 78

RESIDENCE M BARKA - 120, Rue Mohamed El Beqqal - GUELIZ - MARRAKECH
Tel : 05.24.43.57.78. - Fax : 05.24.43.25.64 - Email : azbio2017@gmail.com

Date du prélèvement: 04/06/2022 à 10h32
Date de naissance : 01/10/1946
Medecin Dr. JAWHARI HOURIA
Edité le : 07/06/2022

Mr. AIT MOUS ALI
Dossier No 0406 006

MICROBIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE URINAIRE

Date de réception des urines.. 04/06/22
Heure du recueil..... nc

Urine apportée au laboratoire

EXAMEN DIRECT
(URISED)

Aspect: Limpide
Rares cellules épithéliales
Leucocytes.....
Hématies
pH URINAIRE..... 6,0
Recherche de nitrite negative
Absence de cylindres
Recherche de cristaux négative
Absence de germes visibles à l'examen direct
Absence de levures visibles à l'examen direct

< 1 000 /ml (N : < à 10 000)
< 1 000 /ml (N : < à 5 000)
(N: 4.5 à 7.5)

CULTURES BACTERIOLOGIQUES

(Culture sur milieux ordinaires et spécifiques)

Cultures stériles après 24H.

CULTURES MYCOLOGIQUES :

(Culture sur milieu de Sabouraud)

Cultures stériles après 48h .

AZBIO
Dr. KOUCHA Mohamed
120, Rue Med El Biquel - Marrakech
Patente 45107925 - ICE: 00190168100001
Tél: 05 24 43 57 78

AZBIO

120, rue Med El Biquel- Marrakech

Réf. REMIC REFERENTIEL EN MICROBIOLOGIE MEDICALE ET PRECIS DE BIOPATHOLOGIE BIOMNIS. Patente: 45107925 - ICE: 00190168100001
Tél: 05 24 43 57 78

RESIDENCE M BARKA - 120, Rue Mohamed El Beqqal - GUELIZ - MARRAKECH
Tel : 05.24.43.57.78. - Fax : 05.24.43.25.64 - Email : azbio2017@gmail.com

I.F.: 06529472 - C.N.S.S.: 9952260 ICE 000074220000080

CODE INPE



073062531

FACTURE : 60341

MARRAKECH, le 04/06/2022

Nom et Prénom : AIT MOUS ALI
Prescripteur : Dr. JAWHARI HOURIA

Référence : 040622 006

BILAN :

HBAC B 100 + CR B 30 + ASAT B 50 + ALAT B 50 + MA B 60 +
CRU B 30 + MACR Dh 0,00+ TSH B 250 + CBU B 150 + ATBU B 0 +
Prélèvement: 50,00 Dhs

MONTANT NET : 1014,80 Dhs Soit 720 B 0 HN

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Mille quatorze Dirhams et quatre-vingts centimes

AZBIO
Dr. KOUCHA Mohamed
120, Rue Med El Biquel - Marrakech
Patente 45107925 ICE 001901681000011
Tel 05 24 43 57 78