

**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**

- 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° M21-0030800

121157

- Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 4953      Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
 Nom & Prénom : CHELIQ HOUSSINE  
 Date de naissance : 07-07-1961  
 Adresse : RES. CHARAB ZONE D Imm 8 Apt 11  
 AIN SEBA CASAB  
 Tél. : 0661302886      Total des frais engagés : 1458,20 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 16/06/2022  
 Nom et prénom du malade : BOUGATOI HASSA      Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie : DIABETE  
 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 : CASA      Le : 16/06/22  
 Signature de l'adhérent(e) :

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
15/06/22		2	6	
16/06/22		1	300	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/06/22	528,20

**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	15/6/22	B510	630

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

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

**RELEVÉ 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 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																			
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th></th> <th></th> <th>B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D			B	00000000	35533411	00000000	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	00000000	21433552	00000000																
	D			B																
	00000000	35533411	00000000	11433553																
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 Lamiaa HALLAB

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie  
Nutrition et Maladies Métaboliques  
Diabète, Pompes à insuline, CGMS, Thyroïde, Hypophyse  
Surrénales, Retard de Croissance, Retard Pubertaire....  
Echographie Thyroïdienne et Générale  
Nutrition et prise en Charge de l'Obésité



## الدكتورة لمياء حلاب

إختصاصية في علم الغدد الصم  
أمراض السكري، التغذية و أمراض الأيض  
السكري مضخة الأنسولين، الغدة الدرقية، الغدة النخامية

النمو البلوغ المتأخر.....  
بالصحة  
علاج السمنة

LOT 220307  
EXP 03/2027  
PPV 20.80DH

Casablanca, le  
16.06.2022

M .....

Mme BOUGAJDI Hafida

### 1 GLUCOPHAGE 500 MG

1 cp à midi, au cours du repas, pendant 3 mois.

### 2 NOCOL 20

1 cp le soir, après le repas, pendant 3 mois.

### 3 ZYLORIC 100 MG

1 à midi, après le repas, pendant 3 mois.

### 4 Cardioaspirine 100

1 cp

### 5. Conestev

1 app x 2

= 528.20

97,60  
97,60  
97,60

LOT 213501  
EXP 01 2026  
PPV 46.70 DH

Cardioaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH

Cardioaspirine 100 m  
Acide acétylsalicy.  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

تفريغ الفحص غير قابل للتغيير

Sur Rendez-vous بالموعد

# Docteur Lamiaa HALLAB

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie  
Nutrition et Maladies Métaboliques  
Diabète, Pompes à insuline, CGMS, Thyroïde, Hypophyse  
Surrénales, Retard de Croissance, Retard Pubertaire....  
Echographie Thyroïdienne et Générale  
Nutrition et prise en Charge de l'Obésité



# الدكتورة لمياء حلاب

إخصائية في علم الغدد الصم  
أمراض السكري، التغذية و أمراض الأيض  
السكري مضخة الأنسولين، الغدة الدرقية، الغدة النخامية  
الغدة الكظرية، تأخر النمو، البلوغ المتأخر.....  
الفحص بالصورة  
التغذية وعلاج السمنة

M .....

Casablanca, le

22 Mars 2022

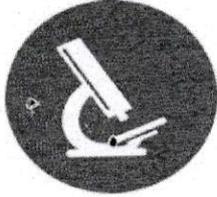
Mme BOUGAJDI Hafida

- TSH us
- HbA1c
- CT
- HDL
- LDL
- TG
- Acide urique

تاريخ الفحص غير قابل للتغيير

Sur Rendez-vous بالموعد

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
**LABOFAR**



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

34, Rue 3, Amal 3, Sidi Bernoussi, Casablanca

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86  
Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 17h00  
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine  
labofarbennani@gmail.com

**FACTURE N° : 220600312**

**Mme BOUGAJDI (Ep CHELLIQ) Hafida**  
Référence : 22060746

Date de l'examen : 15-06-2022

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
B100	Acide urique sanguin	B30	B
B106	Cholestérol total	B30	B
B108	Cholestérol HDL	B50	B
B109	Cholesterol LDL	B50	B
B119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
B134	Triglycérides	B50	B
	TSH Ultra-sensible	B200	B

Total des B : 510

TOTAL DOSSIER : 630.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent trente dirhams .

Laboratoire d'Analyses Médicales  
**LABOFAR**  
Dr BENNANI Mohammed Mouhssine  
34, Ru#3, Amal3-Sidi Bernoussi, Casa  
Tel:05 22 75 62 85/Fax: 05 22 75 62 86

ICE : 001535545000025

IF : 43900655

CNSS : 2175570

Patente : 31603034

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

BIOCHIMIE – HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE –  
BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE – PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86  
Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 17h00  
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine  
labofarbennani@gmail.com



Code Patient 18010758  
Edition : 15-06-2022 à 14:22

Mme BOUGAJDI (Ep CHELLIQ) Hafida  
Né(e) le : 05-12-1961 (60 ans - F)

Référence : 22060746  
Médecin : Dr HALLAB LAMIAA  
Prélèvement du : 15-06-2022 à 08:28

## BIOCHIMIE SANGUINE

**Acide Urique**  
(ARCHITECT Ci 4100)

**86** mg/L (25-60)  
**0.51** mmol/L (0.15-0.36)

21-03-2022

31

**Hémoglobine glyquée (HbA1c)**  
(Biorad D 10)

**5.80** %

21-03-2022

5.60

### Valeurs de référence :

Sujet normoglycémique : 4,00 à 6,00 % de l'hémoglobine totale.  
Sujet diabétique équilibré type 2 : objectif ciblé autour de 6,50 %.  
Sujet diabétique équilibré type 1 : objectif ciblé autour de 7 %  
Diabète mal équilibré : taux supérieur à 8,50 %.

**Cholestérol total**  
(ARCHITECT Ci 4100)

**2.22** g/l (<2.00)  
**5.74** mmol/L (<5.17)

25-12-2021

1.89

**Triglycérides**  
(ARCHITECT Ci 4100)

**1.55** g/L (0.35-1.50)  
**1.77** mmol/L (0.40-1.71)

25-12-2021

1.30

**HDL-Cholestérol**  
(Architect Ci4100)

**0.50** g/L (>0.50)  
**1.29** mmol/L (>1.29)

25-12-2021

0.52

**LDL-Cholestérol**  
(Calculé selon la formule de Friedwald)

**1.41** g/L (<1.60)  
**3.65** mmol/L (<4.14)

25-12-2021

1.11

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
LABOFAR  
Dr. BENNANI MOUHSSINE  
24, Rue 3 Avril 2 - 91000 Evry-Courcouronnes  
Tél. 05 22 75 62 85 Fax 05 22 75 62 86

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

BIOCHIMIE – HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE –  
BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE – PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86  
Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 17h00  
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine  
[labofarbennani@gmail.com](mailto:labofarbennani@gmail.com)

Référence : **22060746**

**Mme BOUGAJDI (Ep CHELLIQ) Hafida**

## BILAN ENDOCRINIEN

**TSH Ultra-sensible**  
(ARCHITECT Ci 4100)

1.38 mUI/L

(0.15-5.00)

04-10-2021

0.54

Demande validée biologiquement par : Dr. M.BENNANI

Laboratoire d'Analyses Médicales  
LABOFAR  
Dr. BENNANI Mohammed Mouhssine  
34, Rue 3 Avril 3 - Sidi El Ghazal Casa  
Tél.: 05 22 75 62 85 / Fax : 05 22 75 62 86