

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- 0055887

125820

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8676 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Fariss Tamaoui

Date de naissance : 13/02/69

Adresse : Hay Augrit Rue 27 N° 284

Tél. : 0663 1479 14 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/8/2022

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : 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 : 11/8/22

Signature de l'adhérent(e) :

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
10/08/22	C2			
11/08/22	C2			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/08/22	617,73

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/08/22	P G20	670,00 Jir

AUXILIAIRES MEDICAUX

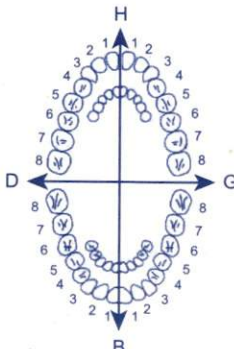
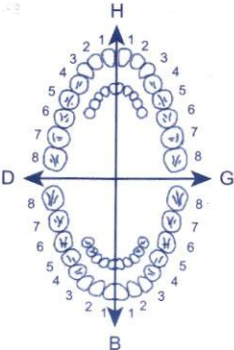
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] 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

80,00 — 80,00

80,00

LOT 220456
EXP 03/2027
PPV 20.80DH

LOT 220456
EXP 03/2027
PPV 20.80DH

عيادة طبية متخصصة

الركتور عربوي بتال فانيح

أخصائية

الغدد - السكري

الأمراض الأيضية - التغذية - السمنة

Casablanca, le 11/08/22

80.00 — 100 FARSS TAME
+ Allec 10 250 EP
+ Gluphase 500.

29.8 x 4

2-12
ap 25 rep 6

24.40 x 3

+ Levthy 120.

25



BZ lecha Sach

20.2

vit



20.2 + vit
SAB 1
ms de m

417.30

Trecha de 3

صيدلية المنظر العام
PHARMACIE PANORAMIQUE
Tél.: 02 21 14 26

6 118001 102020
Levothyrox® 100 µg
Comprimés sécables B/30
PPV: 24,40 DH

ZENITH Pharma
AMN N° 17116 DMP/21/NNPR
6 118011 272228
PPV: 20,90 DH

DR. ABDOUL FATIHA
ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION
DIABETOLOGIE - (Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis - Casablanca)
0663 43 95 48

إقامة جوهرة 150 داريق الوازيس (مقابل محطة القطار الوازيس) - الدار البيضاء

Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis (En face Gare Oasis) - Casablanca

Tél : 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax : 0522 23 25 06

En cas d'urgence : 0663 43 95 48

Patente : 091046169 - IF : 401444221 - ICE : 001714969000048

LOT 220456
EXP 03/2027
PPV 20.80DH

LOT 220456
EXP 03/2027
PPV 20.80DH



No FARSSE TARIK
Casablanca, le : 10/01/22

☒ glycémie à jeun

☒ GPP (...PD)

☐ GPP (...DEJ)

☒ Hémoglobine glyquée HBA_{1C}

☒ CHLT.TG.HDL.LDL

☐ Acide urique Sg

☐ Urée ☐ Créatinémie

☐ Clairance créatinine

☐ ionogramme Sg

☐ NFS

☐ Ferritinémie

☐ Bilan Hépatique complet

☐ microalbuminurie de 24h

☐ ECBU

☐ FT4

☐ FT3

☒ TSHUS

☐ Cortisol 8h

☐ Cortisol libre urinaire

☐ ACTH

☐ Prolactinémie

☐ Testostérone

☐ FSH

☐ LH

☐ 17 β oestradiol

☐ PSA

☐ PTH

☐ Vitamine D3

Autres : 2209
3-05

Dr. ARBAOUI BATTAL FATIHA
ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION
DIABÉTOLOGIE
Résidence Jawhara, 150 Route de l'Oasis
(en face Gare de l'Oasis) - Casablanca
Tél: 0522 25 61 65 / 0522 23 25 06 / Fax: 0522 23 25 06 - En cas d'urgence : 0663 43 95 48

Signature

Laboratoire d'Analyses
Médicales EL JOULANE
Dr. TARIK JAWAD
Avenue de l'Indépendance
Casablanca



Dr. TARIK Jawad
Médecin Biologiste

الدكتور طارق جواد
طبيب اختصاصي في التحليلات الطبية

FACTURE N° : 220800448

INPE : 093001642
ICE : 001689421000077

Casablanca le 10-08-2022

Patient : Mme FARISS Tamou

Médecin : Dr ARBAOUI BATTAL FATIHA

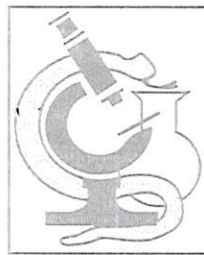
Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10
0163	TSH	B250
0134	Triglycérides	B60
0109	Cholestérol L D L	B50
0108	Cholestérol H D L	B50
0119	Hémoglobine glycosylée	B100
0118	Glycémie	B30
0118	Glycémie	B30
0106	Cholestérol total	B30

Total des B : 600

TOTAL DOSSIER : 670 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent soixante-dix dirhams .

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
DOCTEUR Tarik Jawad
5, Bloc 16, Av. El Joulane Sidi Othmane
Tél : 05 22 38 05 30



Dr. TARIK Jawad
Médecin Biologiste

الدكتور طارق جواد
طبيب اختصاصي في التحليلات الطبية

Date du prélèvement : 10-08-2022 à 07:05
Code patient : 20220810005
Né(e) le : 13-02-1969 (53 ans)

Mme FARISS Tamou
Dossier N° : 20220810005
Prescripteur : Dr ARBAOUI BATTAL FATIHA



BIOCHIMIE SANGUINE

HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE
(Technique HPLC TOSOH)

7.7 % (3.9-6.2)

Interprétation des résultats de la HbA1c chez un sujet diabétique :

HbA1C entre 6.1 à 7.0 % : excellent équilibre glycémique (DID)

HbA1C entre 7.0 et 8.0 % : bon équilibre glycémique

HbA1C à 8 % : mauvais équilibre glycémique, action corrective suggérée

GLYCEMIE A JEUN

(Méthode Héxokinase-G6PDH)

1.64 g/L (0.70-1.10)
9.10 mmol/L (3.89-6.11)

Consensus:

Taux Normal :

0.70 à 1.10 g/L

Diminution de la tolérance au glucose :

1.10 à 1.26 g/L

DIABETE :

> 1.26 g/L

(observé sur 2 prélèvements distincts)

GLYCEMIE POST PRANDIALE

(Méthode Héxokinase-G6PDH Beckman Coulter)

2.98 g/L (0.76-1.40)
16.55 mmol/L (4.22-7.78)

CHOLESTEROL TOTAL

(Méthode CHOD-PAP Beckman Coulter)

2.18 g/L (1.50-2.00)
5.64 mmol/L (3.88-5.17)

TRIGLYCERIDES

(Méthode GPO-PAP Beckman Coulter)

1.56 g/L (0.35-1.40)
1.76 mmol/L (0.40-1.58)

HDL - CHOLESTEROL

(Méthode Enzymatique Beckman Coulter)

0.45 g/L (0.40-0.80)
1.16 mmol/L (1.03-2.07)

LDL - CHOLESTEROL

(Méthode CHO-PAP Beckman Coulter)

1.42 g/L
3.67 mmol/L

Niveau de risque cardiovasculaire (NCEP ATPIII):

LDL-CHOLESTEROL

< 1.0 g/L

Désirable / normal

Entre 1 et 1.29 g/L

Légèrement au-dessus / optimum

Entre 1.3 et 1.59 g/L

Limite / élevé

Entre 1.6 et 1.89 g/L

Elevé

> 1.9 g/L

Très élevé

Facteurs de risque possibles :

Age, tabagisme, HTA, diabète type II, antécédents coronariens

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
Dr. TARIK JAWAD
16, AV. EL JOULANE
SIDI OTHMANE - CASABLANCA
Tél: 05 22 38 05 30 - Fax: 05 22 56 69 45

LABORATOIRE EL JOULANE
D'ANALYSES MEDICALES

Dr. TARIK Jawad
Médecin Biologiste



مختبر الجولان
للتحليلات الطبية

الدكتور طارق جواد
طبيب اختصاصي في التحليلات الطبية

Date du prélèvement : 10-08-2022 à 07:05
Code patient : 20220810005
Né(e) le : 13-02-1969 (53 ans)

Mme FARISS Tamou
Dossier N° : 20220810005
Prescripteur : Dr ARBAOUI BATTAL FATIHA

BILAN THYROIDIEN

Thyréostimuline US (TSHus)
(ECLIA -Roche / Cobas e411)

8.32 μ UI/mL (0.27-4.20)

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL JOULANE
DOCTEUR Tarik Jawad
5 Bloc 16, Av. El Joulane - Sidi Othmane - Casablanca
Tél.: 05 22 38 05 30 - Fax : 05 22 56 69 45 - Patente N° : 37206013 - C.N.S.S : 6545315 - I.F. : 49425820