

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22-0009153

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 830 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 13659
 Nom & Prénom : Jemaa Marzouki
 Date de naissance : 01.01.1952
 Adresse : Hay Abbadi Brika Rue Mekras N°166-Témara
 Tél : 0537.61.0175 Total des frais engagés : 1189,00# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 22/09/2022
 Nom et prénom du malade : Merzouki Idrisi Najet Age : 46
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
 Nature de la maladie : Diabète type 2 + Hypertension artérielle
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 :
 Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : rec@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
22/09/22		1	3007	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/09/22	210100
	26/09/22	189,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/09/22	670	750,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

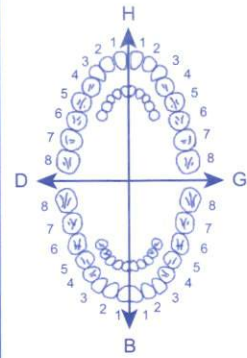
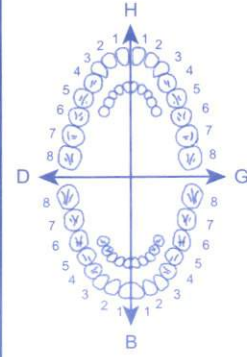
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></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																
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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 ASMAA CHAGDALI

Médecin Spécialiste

en Endocrinologie et Diabétologie

الدكتورة أسماء الشكدالي

طبيبة اختصاصية

في أمراض الغدد والسكري

تمارة، في 26/09/2022

Mlu

Merzouki Idrissi Najat

Diapermini 1000
9x21,00
189,00 1 x 3x1

PHARMACIE ABIL HOUAIRA
05 37 64 41 38
102 062 601

Dr. ASMAA CHAGDALI
Endocrinologue et Diabétologue
24. Av Med V. Apt. 3
Témara - Tél: 05 37 64 41 38

T = 189,00

PPV 21DH00
PER 07/25
LOT L2680

PPV 21DH00
PER 03/25
LOT L1097

PPV 21DH00
PER 07/25
LOT L2680

PPV 21DH00
PER 07/25
LOT L2680

PPV 21DH00
PER 07/25
LOT L2680

PPV 21DH00
PER 07/25
LOT L2680

PPV 21DH00
PER 07/25
LOT L2680

PPV: 21DH00
PER: 12/24
LOT: K3741

PPV 21DH00
PER 07/25
LOT L2680

Docteur ASMAA CHAGDALI

Médecin Spécialiste

en Endocrinologie et Diabétologie

الدكتورة أسماء الشكدالي

طبيبة اختصاصية

في أمراض الغدد والسكري

تمارة، في 22/09/2022 Témara, le

Mme Merzouki Najat

- Glycemie à jeun
- HbA1c
- uree - creatinine
- cholestérol total - HDL - LDL

- Triglycerid

- SGOT - SGPT

- Rapport microalbuminurie / creatininurie

- Rapport proteinurie / creatininurie



CENTRE DE BIOLOGIE

Mlle MERZOUKI IDRIS Najat

07-08-1976

Ordonnance

F



2209230046

ORDO

Dr. ASMAA CHAGDALI
Endocrinologue et Diabétologue
24. Av Med V. Apt. 3
Témara - Tél: 05 37 64 41 38

شارع محمد الخامس، عمارة 24، الطابق الأول، الشقة 3 - تمارة المركز - تمارة - الهاتف : 05 37 64 41 38

Av. Med V, Imm. 24, Etage 1, Apt. 3 - Témara centre - Témara - Tél. : 05 37 64 41 38

Gsm : 06 10 21 93 47 - ICE : 001575805000084

CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK

Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées

Tél : 0537 40 30 30 – Fax : 0537 40 30 36 – Courrier électronique : contact@cbw.ma

Site web : www.cbw.ma

INPE -Professionnel



107163479

INPE -Etablissement



103061172

FACTURE N° : 220901235

TEMARA le 23-09-2022

Mlle Najat MERZOUKI IDRISI

N° de dossier : 2209230046

Date de l'examen : 23-09-2022

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E	20
URI	Dispositif de prelevement urinaire	E	20
0485	Microalbuminurie exprimée en gramme/gramme de creatinine	B	150
0147	Transaminases P (TGP)	B	50
0146	Transaminases O (TGO)	B	50
0106	Cholestérol total	B	30
0111	Créatinine	B	30
0111	Créatinine	B	30
0118	Glycémie	B	30
0119	Hémoglobine glycosylée	B	100
0177	Protéine (dosage)	B	30
0134	Triglycérides	B	60
0135	Urée	B	30
0110	Cholestérol HDL+ L D L	B	80

Total des B¹ : 670

TOTAL DOSSIER : 700.00MAD

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cents dirhams

¹ le B est un coefficient clef imposé par l'assurance maladie et affecté pour chaque analyse remboursée.

INFORMATION IMPORTANTE AUX PATIENTS : Si vous êtes titulaire d'une mutuelle ou assurance maladie, merci de déposer votre dossier mutuelle dans un délai ne dépassant pas 2 mois de la date de l'exécution des analyses médicales. Le changement ultérieur de date sur la facture, la feuille de mutuelle et le compte rendu par notre laboratoire ne pourra pas être effecteur.

CACHET DU LABORATOIRE :



Complexe Médical Al Wifak (rdc), Lot°3214, Avenue Docteur Abdelkarim El Khateb

Quartier Al Wifak, Temara

CNSS : 4703022 – Patente : 279375 91 – IF : 35397934

ICE : 001798141000051

RIB : BMCI – 013 825 01243 00006400150 20



Dossier enregistré le : 23-09-2022

Prélèvement du 23-09-2022 à 10:35

Code patient : 1902150017

Edition du : 25-09-2022

Mlle Najat MERZOUKI IDRISI

Né(e) le : 07-08-1976 (46 ans)

Prescripteur : Dr ASMAA CHAGDALI

Dossier N° : 2209230046



BIOCHIMIE SANGUINE

Contrôle de Qualité Quotidien(PreciControl® - Mannheim Germany)

Hémoglobine glyquée par HPLC –Sang total (Technique de référence)

17-08-2021

Hémoglobine glyquée (HbA1c) (RC)
(Chromatographie liquide à haute performance –Sang total)

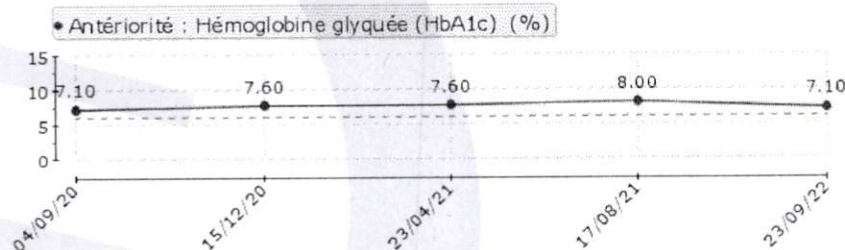
7.10 %

(<6.00)

8.00

RECOMMANDATIONS :

HbA _{1c} (%)	Interprétation
4.0 - 5.6	Zone normale
5.7 - 6.4	¹ Prédiabète (Risque élevé de survenue de diabète) chez un adulte asymptomatique
6.0 - 6.4	² Prédiabète (Risque élevé de survenue de diabète) chez un adulte asymptomatique
	Très bon équilibre glycémique chez un diabétique
Supérieur ou égal à 6.5	³ Seuil diagnostique du diabète
6.5 - 8.0	Bon équilibre glycémique chez un diabétique
> 8.0	Mauvais équilibre glycémique chez un diabétique

¹ Selon les guidelines 2017 de l'ADA (American Diabetes Association)² Selon les guidelines 2013 de l'CDA (Canadian Diabetes Association)³ Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'ADA et les autres sociétés savantes du diabète.



Glycémie

(Méthode de référence à l'Héxokinase-Sérum/Plasma)

1.56 g/L

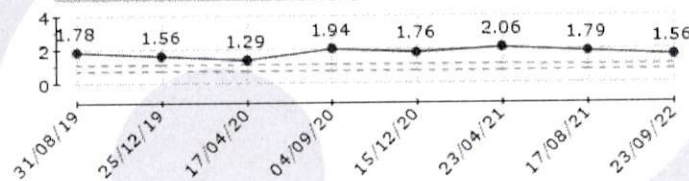
(0.74–1.06)

1.79

8.66 mmol/L

(4.11–5.88)

• Antériorité : Glycémie (g/L)



17-08-2021

Transaminase GOT (ASAT)

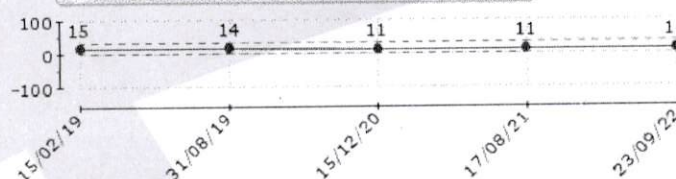
(Méthode enzymatique (conforme IFCC à 37°)– Sérum/Plasma)

11 UI/L

(<35)

11

• Antériorité : Transaminase GOT (ASAT) (UI/L)



17-08-2021

Transaminase GPT (ALAT)

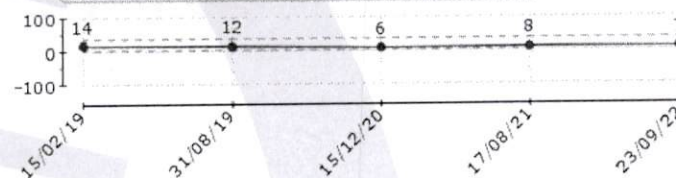
(Méthode enzymatique (conforme IFCC à 37°)– Sérum/Plasma)

7 UI/L

(<35)

8

• Antériorité : Transaminase GPT (ALAT) (UI/L)



17-08-2021

Aspect du sérum

Limpide



17-08-2021

2.08

Cholestérol total [AC]

(Méthode colorimétrique enzymatique – Sérum/Plasma)

2.20 g/l

6

Interprétation clinique

d'après les recommandations de la Société Européenne d'Athérosclérose :

	Taux en g/L	Trouble du Métabolisme des lipides
Cholestérol	<2.00	Non
Triglycérides	<2.00	Non
Cholestérol	Entre 2.00–3.00	Oui si Cholestérol HDL < 0.35 g/L
Cholestérol	>3.00	Oui
Triglycérides	>2.00	Oui

Pour les USA selon les recommandations de l'Adult Treatment Panel du NCEP :

Taux de cholestérol souhaitable : < 2.00 g/L

Limite supérieure : 2 – 2.39 g/L

Taux élevés : x = 2.40 g/L

17-08-2021

1.48

Triglycérides

(Enzymatique PAP –Sérum/Plasma)

1.52 g/L

(<1.50)

1.73 mmol/L

(<1.71)

Valeurs pour adulte	Niveau des triglycérides
< 1.5 g/l	Normal
1.55–1.99 g/l	Limite/Elevé
2.00–4.99 g/l	Elevé
> ou = 5.00 g/l	Très élevé

15-02-2019

0.54

Cholestérol – HDL

(colorimétrique enzymatique 4ème Génération–Sérum/Plasma)

0.49 g/L

(>0.35)

1.26 mmol/L

(>0.90)

Interprétation :

	Pas de risque* (g/L)	Risque modéré (g/L)	Risque élevé (g/L)
Homme	>0.55	0.35–0.55	<0.35
Femme	>0.65	0.45–0.65	<0.45

*Facteur de risque maladies cardiovasculaires suivant recommandations NCEP.



15-02-2019

Cholestérol – LDL

(Formule de Friedewald)

1.41 g/L
3.64 mmol/L(<1.60)
(<4.13)

1.39

Valeurs pour adulte	Niveau du LDL
< 1g/l	Désirable/Normal
1.00–1.29 g/l	Légèrement au-dessus optimum
1.30–1.59 g/l	Limite /Elevé
1.60–1.89 g/l	Elevé
> ou = 1.9 g/l	Très élevé

Non-HDL Cholesterol

(Nouveau marqueur calculé)

1.71 g/L

(<1.55)

Nouveau marqueur du bilan lipidique: Le cholestérol non-HDL a l'avantage de rassembler toutes les lipoprotéines athérogènes portant de l'ApoB en surface. C'est donc une meilleure estimation du contenu en cholestérol des lipoprotéines athérogènes rassemblant VLDL, IDL, LDL et Lp(a). Il s'obtient aisément avec un bilan lipidique standard par calcul simple et **indépendamment du taux de Triglycérides. Il est donc mesurable sans obligation d'être à jeun.** Enfin, ce marqueur s'est avéré plus prédictif du risque d'événement que le LDL dans diverses études.

17-08-2021

Urée

(Colorimétrique enzymatique à 37°C –Sérum/Plasma)

0.18 g/l
3.00 mmol/L(0.17–0.49)
(2.83–8.16)

0.17

Dr Imad EL YAAGOUBI

Directeur du centre
Pharmacien Biologiste
INPE - Professionnel: 107163479



Laboratoire Certifié ISO 9001

2209230046 – Mlle Najat MERZOUKI IDRISI

د. عماد اليكوبي

مدير المركز، صيدلاني إحيائي
الرقم الوطني الاستدلالي المهني: 107163479

Créatinine

(Méthode de Jaffé / cobas Roche – Sérum/Plasma)

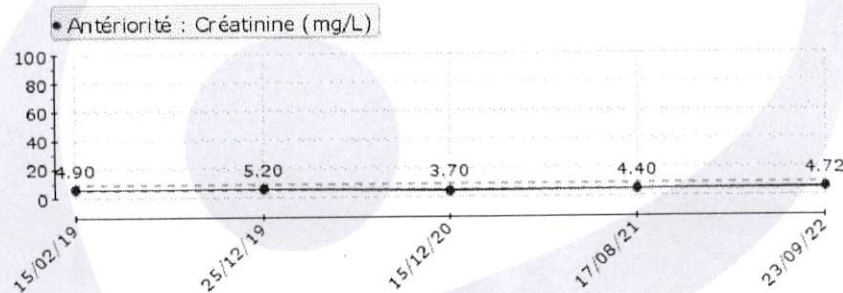
4.72 mg/L

(5.00–9.00)

4.40

41.7 μ mol/L

(44.2–79.6)



Estimation du débit de filtration rénale de **Mlle Najat MERZOUKI IDRISI** selon plusieurs méthodes

Selon MDRD simplifiée 151.13 ml/min/1.73

Selon CKD-EPI 118.29 ml/min/1.73

INTERPRETATION :

Stade	Valeur de DFG (ml/min/1.73 m ²)	Interprétation
0	> ou = 90 sans marqueur d'atteinte rénale	Pas d'atteinte rénale
1	> ou = 90 avec marqueur d'atteinte rénale	MRC* avec DFG normal ou augmenté
2	60 à 89	MRC* avec DFG légèrement diminué
3A	45 à 59	IRC modérée
3B	30 à 44	IRC modérée
4	15 à 29	IRC sévère
5	< 15 ou dialyse	IRC terminale

*MRC: Maladie rénale chronique avec marqueurs d'atteinte rénale : protéinurie clinique, hématurie, Leucocyturie, ou anomalies morphologiques ou histologiques, ou marqueurs de dysfonction tubulaire, persistant plus de trois mois.

*IRC : Insuffisance rénale chronique *DFG : débit de filtration glomérulaire

**BIOCHIMIE URINAIRE**

Contrôle de Qualité Quotidien(PreciControl® – Mannheim Germany)

Ratio Microalbuminurie / Créatininurie (Echantillon urinaire) 1er jour:

Créatinine urinaire (échantillon) (RC)

6.59 mmol/L

(Méthode de Jaffé / cobas roche)

Microalbuminurie (échantillon) (RC)

8.7 mg/L

(Turbidimétrie / cobas roche)

ACR

1.3 mg/mmol (<3.4)

11 mg/g (<30)

Rapport Proteinurie/Creatinurie

Protéinurie (sur échantillon urinaire)

0.13 g/L

(RC)

(Turbidimétrie / cobas roche)

Créatinine urinaire (échantillon) (RC)

6.59 mmol/L

(Méthode de Jaffé / cobas roche)

Résultat

0.02 g/mmol (<0.30)

Interprétation

Normale

<0.02

Micro-albuminurie

0.02–0.30

Protéinurie

>0.30

(RC) : **Résultat contrôlé.**