

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 0481 Cadre réservé à l'adhérent (e) Société : FLEN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SRHAA M. hammed

Date de naissance : 29/08/1984

Adresse : 4 Lot Fabe 11000 Sale Tabriket

Tél. : 0607850656 Date des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/02/2023 Nom et prénom du malade : Sbhaa M. hammed 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 : RABAT Le : 10/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
22/02/23	CS	250 DH	Dr. EL HAJZI Amal Spécialiste en En Diabétologie et Maladies Métaboliques	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

102009081 2207,60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

LABORATOIRE HOSPITAL 0035 B.M.D. B.M.D. 1430,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

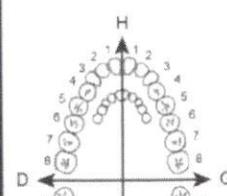
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []
				MONTANTS DES SOINS []
				DEBUT D'EXECUTION []
				FIN D'EXECUTION []

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	11433553
	35533411	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX []
MONTANTS DES SOINS []
DATE DU DEVIS []
DATE DE L'EXECUTION []

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. EL OUAZZANI Sara

Endocrinologue



الدكتورة الوازاني سارة

أخصائية في أمراض الغدد

82/02/2023

Sbiaa M1 Hammed :

~~800 mg~~
Zanvac 20 mg : 24 p.)
~~1000 mg~~

Diaformine 350 mg :

~~1800 mg~~
H10 34 p.)
~~1000 mg~~

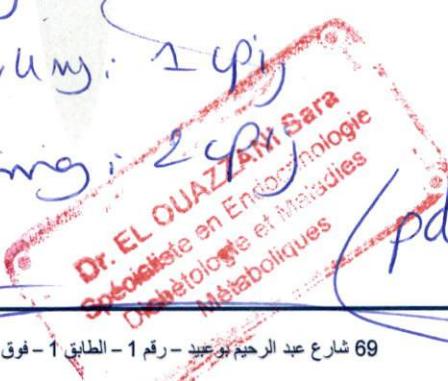
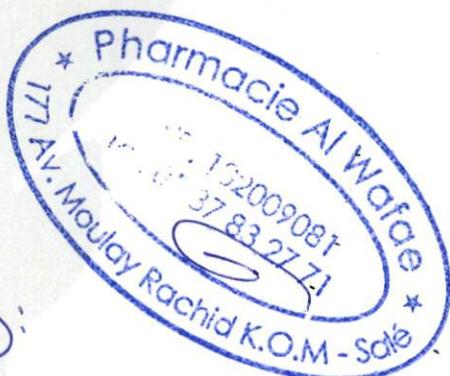
6 mg :

4 p / 2 p)

~~700 mg~~
Vastarel 80 mg :
~~1000 mg~~
100 mg : 1 p.)

~~1000 mg~~
Pitressin 0.01 mg : 1 p.)

~~1000 mg~~
Fricluc 5 mg : 2 p.)



شارع عبد الرحيم بوعبيد - رقم 1 - الطابق 1 - فوق مقهى "ميرينا" - هي السلام -

69 Avenue Abderrahim Bouabid - Appt 1 - 1^{er} étage - Au dessus du café « Marina » - Hay Salam - Salé



0537812279



Drsaraelouazzani@gmail.com

80,00

ZAURAC®
Oméprazole



20 mg



 PHARMIS

 28

Gélules - voie orale

80,00

ZAURAC®
Oméprazole



20 mg



 PHARMIS

 28

Gélules - voie orale

80,00

ZAURAC®
Oméprazole



20 mg



 PHARMIS

 28

Gélules - voie orale

80,00

ZAURAC®
Oméprazole



20 mg



 PHARMIS

 28

Gélules - voie orale

80,00

ZAURAC®
Oméprazole



20 mg



 PHARMIS

 28

Gélules - voie orale

SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC



وَنْتِفُولُوْد

هيدرات تامسولوزين

CONTIFLO® OD 0.4mg

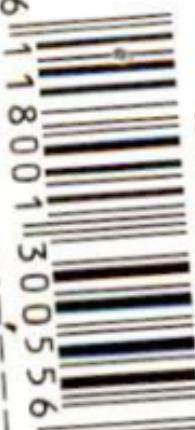


Boîte de 30 gélules à libération

prolongée

Voie orale

6 1 1 8 0 0 1 3 0 0 5 5 6



CONTIFLO® OD



30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg



SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC



وَنْتِفَلُو

®

هيدرات تامسولوزين

CONTIFLO® 0D 0.4mg

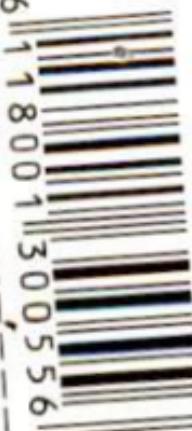


Boîte de 30 gélules à libération

prolongée

Voie orale

6 1 1 8 0 0 1 3 0 0 5 5 6



CONTIFLO® D



PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg



SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC



وَنْتِفُولُوْد

هيدرات تامسولوزين

CONTIFLO® OD 0.4mg

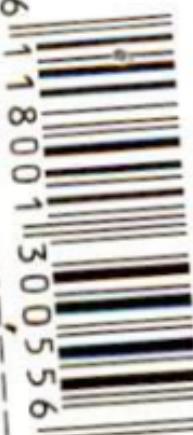


Boîte de 30 gélules à libération

prolongée

Voie orale

6 1 1 8 0 0 1 3 0 0 5 5 6



CONTIFLO® OD



30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg



SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC



وَنْتِفَلُو[®]

هيدرات تامسولوزين

CONTIFLO[®] OD 0.4mg



Boîte de 30 gélules à libération

prolongée

Voie orale

6 1 1 8 0 0 1 3 0 0 5 5 6



CONTIFLO[®] OD



30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg



SUN
PHARMACEUTICALS
MOROCCO LLC



وَنْتِفَلُو

®

هيدرات تامسولوزين

CONTIFLO® 0D 0.4mg

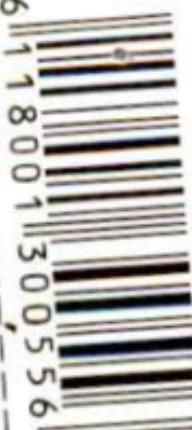


Boîte de 30 gélules à libération

prolongée

Voie orale

6 1 1 8 0 0 1 3 0 0 5 5 6



CONTIFLO® D



30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

PPV: 109DH70





دوستی

هیدرات تامسولوزین

CONTIFLO® OD 0.4mg

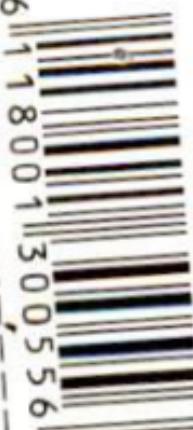


Boîte de 30 gélules à libération

prolongée

Voie orale

6 1 1 8 0 0 1 3 0 0 5 5 6



CONTIFLO® OD



PPV: 109DH70

30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg



30 comprimés

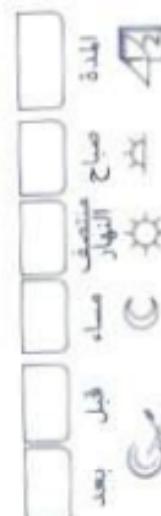
Gli�epiride

Odia[®] 4 mg

LOT 220526 1

EXP 02 2025

PPV 68 80



ODIA
30 comprimés

AMM N° 244/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 022183



30 comprimés

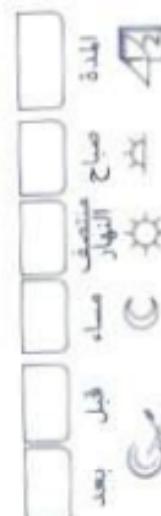
Gli�epiride

Odia[®] 4 mg

LOT 220526 1

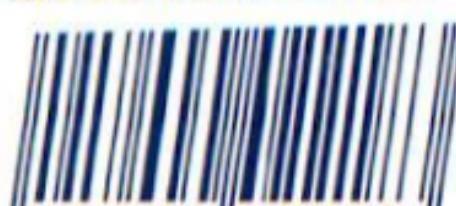
EXP 02 2025

PPV 68 80



ODIA
30 comprimés

AMM N° 244/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 022183



30 comprimés

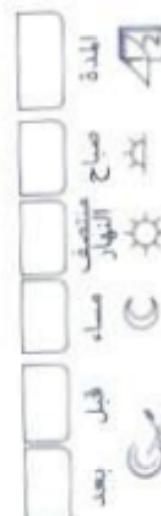
Gli�epiride

Odia[®] 4 mg

LOT 220526 1

EXP 02 2025

PPV 68 80



ODIA
30 comprimés

AMM N° 244/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 022183



30 comprimés

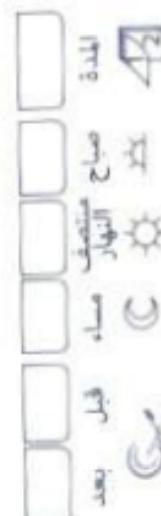
Gli�epiride

Odia[®] 4 mg

LOT 220526 1

EXP 02 2025

PPV 68 80



ODIA
30 comprimés

AMM N° 244/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 022183





30 Comprimés

TRIATEC® 5mg



A conserver à une température
inférieure à 25°C.



Uniquement sur ordonnance / Tableau A
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

TRIATEC® 5mg

Ramipril

02/10





30 Comprimés

TRIATEC® 5mg



A conserver à une température
inférieure à 25°C.



Uniquement sur ordonnance / Tableau A
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

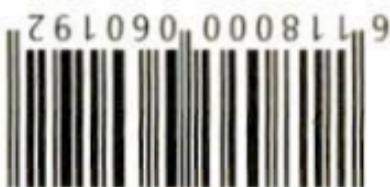
RAMIPRIL 5 mg

Ramipril

TRIATEC® 5mg

02/10





30 Comprimés

TRIATEC® 5mg



A conserver à une température
inférieure à 25°C.



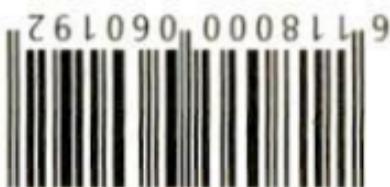
Uniquement sur ordonnance / Tableau A
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

TRIATEC® 5mg

Ramipril

02/10





30 Comprimés

TRIATEC® 5mg



A conserver à une température
inférieure à 25°C.



Uniquement sur ordonnance / Tableau A
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES

TRIATEC® 5mg

Ramipril

02/10



Diaformine® 850 mg
Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

PPV 18D H00
PER 05/25
LOT L1768

Diaformine® 850 mg
Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

PPV 18D H00
PER 05/25
LOT L1768

Diaformine® 850 mg
Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

PPV 18D H00
PER 05/25
LOT L1768

Diaformine® 850 mg
Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

PPV 18D H00
PER 05/25
LOT L1768

Diaformine® 850 mg
Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

PPV 18D H00
PER 05/25
LOT L1768

Diaformine® 850 mg
Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

PPV 18D H00
PER 05/25
LOT L1768

Diaformine® 850 mg
Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

PPV 18D H00
PER 05/25
LOT L1768

Diaformine® 850 mg
Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

PPV 18D H00
PER 05/25
LOT L1768

Diaformine® 850 mg
Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

PPV 18D H00
PER 05/25
LOT L1768

Diaformine® 850 mg
Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 041276

PPV 18D H00
PER 05/25
LOT L1768

112,50

VASTAREL® 80_{mg}

Dichlorhydrate de trimétazidine
Célule à libération prolongée

112,50

VASTAREL® 80_{mg}

Dichlorhydrate de triméthazidine
Célule à libération prolongée

112,50

VASTAREL® 80_{mg}

Dichlorhydrate de triméthazidine
Célule à libération prolongée

112,50

VASTAREL® 80_{mg}

Dichlorhydrate de trimétazidine
Célule à libération prolongée

82/02/2023

Certificat médicale

Je soussigné(e) DR :

Certifie que Mr. Mme : Sara et Hammed

Est atteint (e) d'une maladie chronique Diabète de type 2

Nécessitant un traitement de longue durée.

Ce certificat est remis à l'intéressé (e) pour servir et valoir ce que de droit.

DR EL OUAZZANI SARA

69 Avenue Aderrahim Bouaabid - Appt 1 - 1er étage - Au dessus du café
« Marina » Hay Salam – Salé

Fix : 05 37 81 22 79 Email : drsaraelouazzani@gmail.com



22/02/2023

Sbiaa Mohammed

- Ab A2C
- PSA
- NFS, ferintine
- TSH
- CT, C-LDL, C-HDL
- TG
- creatinine
- ASAT, ALAT

LABORATOIRE L'HOPITAL
D'ANALYSES BIOMÉDICALES
OUAZZANI, 652, Avenue Abderrahim Bouabid - Hay Salam - Salé
Tél. 0537 83 33 37 / E-mail : labolhospitale@gmail.com

Dr. EL OUAZZANI Sara
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Maladies
Métaboliques

69 شارع عبد الرحيم بو عبيد - رقم 1 - الطابق 1 - فوق مقهى "ميرينا" - حي السلام - سلا

69 Avenue Abderrahim Bouabid - Appt 1 - 1^{er} étage - Au dessus du café « Marina » - Hay Salam - Salé



0537812279



Drsaraelouazzani@gmail.com

laboratoire l'hôpital d'analyses médicales
Dr. Bouchra ELKHIHAL

0537165

Honoraires

Salé , le 09/03/2023

Dossier N°: 230223060 du: 23/02/2023

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale

Médecin Dr :EL OUAZZANI SARA

N°Bon de soin Mle

Patient :Mr SBIAA M'hammed

Analyses	Valeur en B	Montant
HEMOGRAMME		
Créatinine	80,00	88,000
Hémoglobine glyquée	30,00	33,000
Cholestérol total	100,00	110,000
HDL-Cholestérol	30,00	33,000
LDL-Cholestérol	50,00	55,000
Triglyceride	50,00	55,000
TRANSAMINASES		
TSH us	100,00	110,000
PSA totale	250,00	275,000
Ferritine	300,00	330,000
Prélèvement sang veineux	250,00	275,000
	0,00	11,000
Total B	1290	
APB	11,00	
Total	1 430,00	

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : **Mille Quatre Cent Trente Dirhams *****

LABORATOIRE L'HOPITAL
D'ANALYSES MEDICALES
Av.Zarbia 999, Résidence Baraka II, kiosque N° 7 - KARIA - SALE (A côté du nouvel Hôpital provincial de salé)
Tél. 0537 83 33 37 / E-mail: labolhopital@gmail.com

Avenue Zarbia, 999, Résidence Baraka II, kiosque N° 7 - KARIA - SALE (A côté du nouvel Hôpital provincial de salé)

Tél. 05 37 83 33 37 - labolhopital@gmail.com

Identifiant fiscale n°: 25010037 - ICE : 002031570000043 -Taxe professionnelle n° : 28860338 -INPE : 103061578 - CNSS : 5877165

PHARMACIE AL WAFAE
DR LAHLOU ILHAM
177, AV. MLY RACHID, LOT. AL WAFAE, K.O.M
/SALE

Tél : 0537832771

22/02/2023

SBIAA M'HAMMED

FACTURE N° : 473 du 22/02/2023

Qté	Désignation	Prix PPV	Montant	TVA
5	ZAURAC 20MG /28 GELULES	80,00	400,00	7%
10	DIAFORMINE 850MG 30CPS	18,00	180,00	7%
4	ODIA 4MG 30CP	68,80	275,20	7%
4	VASTAREL 80MG /30CPS	112,50	450,00	7%
6	CONTIFLO 0.4MG 30 GELULES	109,70	658,20	7%
2	TRIATEC 5MG GELULES.30	122,10	244,20	0%
Total TTC				2 207,60

Arrêtée la présente Facture à la somme de :
DEUX MILLE DEUX CENT SEPT DIRHAMS ET SOIXANTE CTS

	TAUX	HT	TVA	TTC
7.00%	7,00	1 834,95	128,45	1 963,40
0%Ar91	0,00	244,20	0,00	244,20
		2 079,15	128,45	2 207,60



CNSS :
Compte :

I.C.E : 001932049000016
Patente : 28863226

INPE:
R.C : 14856/SALE

I.F : 36312410
RIB :