

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

- 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.

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- 0052978

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8334 Société : ND 153527

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ETTAHALI MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0662360713 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 / 4 / 2023

Nom et prénom du malade : ETTAHALI MOHAMED Age :

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

Nature de la maladie : D. de COLON ALG. 60

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° : AA-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
28/2/23	C		120.00	

CABINET DE MEDECINE
GÉNÉRALE
CENTRE BENI KHLOUG 1ER ÉTAGE
A COTE CAFE SANTA AL HAMRA
DIPLOMADA MOUNIR
INP 61125282

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
01 MARS 2023 B 3104 / 350,00			

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مختبر التحليلات الطبية
مستوصف جميلة (4)

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
DISPENSARE JAMILA "4"

110, Rue El Bachir Belhoucine (Ex 89), Jamila 4
Cité Djemâa en face Cimetière Sebata
Dérrière terrain "Ba Mohammed" - Casablanca
Tél.: 05 22 29 14 60 / 05 22 38 40 50
ICE : 001677978000093
INPE : 93000222

BERRADA FATHI Khalid
Docteur en Pharmacie-Biologiste

Facture N° : 2448/2023

Date : 15/03/2023

Analyses Médicales effectuées Le 01/03/2023

Prescription Du Docteur BERRADA M

Pour ETTAHALI MOHAMED

Réf : 1MC110217



Bilan :

GLY HBA1C CHOL HDL LDL TRI AU CREA

Cotation : B 350 + Prelevement

Montant Net : 350 Dhs

GLY	30	CREA	30
HBA1C	100		
CHOL	30		
HDL	40		
LDL	40		
TRI	50		
AU	30		

LABO DISPENSARE
JAMILA 4
DR BERRADA F.K
Tél/Fax: 05 22 29 14 60 / 05 22 38 40 50

Date : 28/2/23

Nom / Prénom : ETTIAHALI Age : Sexe : M ☒ F ☐
Mohamel.

Groupage sanguin

- ☐ Groupe
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI
- ☐ Phénotype Rhésus
- ☐ Coombs Indirect
- ☐ Coombs Direct

Hématologie/infectiologie

- ☐ NFS
- ☐ Plaquettes
- ☐ Electrophorèse de l'hémoglobine
- ☐ Réticulocytes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Procalcitonine

Bilan d'hémostase

- ☐ TP
- ☐ INR
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ D-Dimères

Bilan lipidique

- ☒ Cholestérol total
- ☒ Cholestérol HDL
- ☒ Cholestérol LDL
- ☒ Triglycérides

Bilan glycémique

- ☒ Glycémie à jeun
- ☐ Hyperglycémie provoquée
- ☒ Hémoglobine glyquée

Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☐ Ferritine
- ☐ Transferrine

Ionogramme sanguin

- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Calcium
- ☐ Réserve Alcaline
- ☐ Phosphore
- ☐ Magnésium
- ☐ Magnésium érythrocytaire
- ☐ Protéines
- ☒ Acide urique

Ionogramme urinaire

- ☐ Diurèse
- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Calcium
- ☐ Phosphore
- ☐ Urée

Fonction rénale

- ☐ Urée
- ☒ Créatinine
- ☒ Clairance de la créatinine
- ☐ Protéinurie des 24h

Fonction hépatique et pancréatique

- ☐ ASAT
- ☐ ALAT
- ☐ Phosphatase alcaline
- ☐ Gamma GT
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ 5' Nucléotidase
- ☐ Amylase
- ☐ Lipase
- ☐ Electrophorèse des protéines

Examen des urines

- ☐ ECBU
- ☐ ATB gramme
- ☐ Test de grossesse

Bilan hormonal

- ☐ Prolactine
- ☐ FSH
- ☐ LH
- ☐ Œstradiol
- ☐ BHCg
- ☐ T3
- ☐ T4
- ☐ TSH us

Sérologie et immunologie

- ☐ VDRL
- ☐ TPHA
- ☐ Hépatite A
- ☐ Hépatite B :
 - ☐ Antigène Hbs
 - ☐ Antigène Hbe
 - ☐ Anticorps Anti Hbc
 - ☐ Anticorps Anti Hbs
 - ☐ Anticorps Anti Hbe
- ☐ Hépatite C
- ☒ ASLO

Examen des selles

- ☐ Coprologie
- ☐ Parasitologie

Divers

- ☐ PSA
- ☐ Phosphatase acide
- ☐ Vitamine D2
- ☐ Vitamine D3
- ☐ CPK
- ☐ Troponines
- ☐ BNP
- ☐ Pro BNP

Autres :



مختبر التحاليل الطبية
مستوصف جميلة (4)

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
DISPENSARE JAMILA "4"

110, Rue El Bachir Belhoucine (Ex 89), Jamila 4
Cité Djemâa en face Cimetière Sebata
Dérrière terrain "Ba Mohammed" - Casablanca
Tél.: 05 22 29 14 60 / 05 22 38 40 50

ICE : 001677978000093
INPE : 93000222

Dr. BERRADA Fathi Khalid

Docteur en Pharmacie-Biologiste

Ex attaché des hôpitaux de France

Ancien Pharmacien chef du 3^e hôpital militaire de LAÂYOUNE

Diplômé des Facultés de BESANÇON et NANCY - FRANCE

Nom : Mr ETTAHALI

Prénom : MOHAMED

Dossier : 1DL6416 01/03/2023



Medecin : Dr.

BIOCHIMIE

Analyse	Resultat	Normes	Antécédents
Glycémie (à jeun).....	0.93	g/l • (0.8-1.1)	
Hémoglobine glycosylée..... (Technique HPLC)	5.7	% • (4-6)	
Créatinine sanguine.....	11.5	mg/l • (6-14)	
CLEARANCE DE LA CREATININE....	82	ml/min •	
V.N Selon MDRD: > 90 ml/min.			
60 à 89 ml/min: Insuffisance rénale légère			
30 à 59 ml/min: Insuffisance rénale modérée.			
15 à 29 ml/min: Insuffisance rénale sévère.			
< à 15 ml/min: Insuffisance rénale terminale.			
Acide Urique	67	mg/l • (30-70)	
Cholesterol total.....	2.22	g/l • (1.2-2)	
Cholestérol HDL.....	0.57	g/l • >0.55	
Cholestérol LDL.....	1.29	g/l • <1.6	
Triglycerides.....	1.78	g/l • (0.6-1.65)	

LABO DISPENSARE
JAMILA 4
Dr. BERRADA F.K
Tél/Fax: 05 22 38 40 50
05 22 29 14 60

* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT *

LABO DISPENSAIRE J4

2023/03/01 11:48

TOSOH CORPORATION V01.20

NO: 0023 TB 0003 - 03

ID: 0003 - 03

CAL(N) = 1.1706X + 0.3083

TP 881

45/1

NAME	%	TIME	AREA
Fp	0.0	0.00	0.00
A1A	0.6	0.26	8.53
A1B	0.8	0.35	11.33
=	0.7	0.44	9.23
A1C+	2.1	0.57	28.90
SA1C	5.7	0.71	62.35
A0	91.1	1.06	1227.63
TOTAL AREA			1347.97

HbA1c 5.7%

IFCC 39 mmol/mol

HbA1 7.2 % HbF 0.7 %
0% 15%

