

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0043220

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1033 Société : 156471
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : NAZIH LAUBIRA JAWHAR MOUSTARI ALI
 Date de naissance : 01-01-1953
 Adresse : 677 Joulay Brandeats Rue 8 n°16 Casablanca
 Tél. : 0666 874074 Total des frais engagés : 1125,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 08/03/2023
 Nom et prénom du malade : NAZIH LAUBIRA Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection longue durée
 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 : Casa Le : 08/03/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
08/03/2013	CS		3000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17.80	120.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/03/2013	34.20	654.80

AUXILIAIRES MEDICAUX

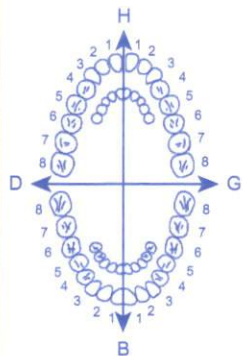
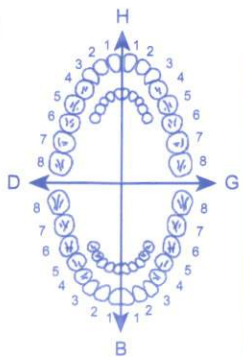
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div> G 00000000 00000000 11433553 </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>
				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور

اختصاصية في
و اضطراب ال
• أمراض السكر
• الهرمونات - إف
• الغدة الدرقية

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

بالموعد

ار البيضاء، في 23/03/2023

Mme NAZIH LAHDA

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

PPV: 49,60 DH
LOT: 22J05
EXP: 10/2025

4340 x 6

1 - Levothyrox 25 µg

680 x 6
2 - Levothyrox 25 µg

49.60
3 - Dose Rate (1° = 1)

170.80 amp. - 60 / 100

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

ثاني، الشقة 7

05.22.55.5

151, Résidence Far

(En Face Maroc Télécom) - Casablanca - Tél. : 0522.55.55.30 - ☎ : 0644.14.70.53

E-mail : dr.lailamahdaoui@gmail.com - ICE : 001745563000062

151. إقامة فرحتين 8.

(أمام اتصالات المغرب) -

151, Résidence Far

(En Face Maroc Télécom) - Casablanca - Tél. : 0522.55.55.30 - ☎ : 0644.14.70.53

E-mail : dr.lailamahdaoui@gmail.com - ICE : 001745563000062

- Diabète - Cholestérol
- Hormones - Troubles de Croissance ou de Puberté
- Thyroïde - Hypophyse - Surrénales
- Pied Diabétique
- Conseils Diététiques

- أمراض السكري - كولسترول
- الهرمونات - اضطراب النمو أو البلوغ
- الغدة الدرقية - الغدة النخامية - الغدة الكظرية
- علاج مشاكل الأرجل لدى مرضى السكري
- نصائح في التغذية

بالموعد
 تاريخ الفحص غير قابل للتغيير

Casablanca, le 08/03/2023 في الدار البيضاء

Mme NAZIH LAKSICA

HbA1c <input checked="" type="checkbox"/>	Gàjeun <input type="checkbox"/>	ASAT,ALAT <input type="checkbox"/>
Urée, créatinine <input type="checkbox"/>	Microalbuminurie (échantillon matinal) <input type="checkbox"/>	
Clairence créatinine <input type="checkbox"/>	Ac Urique <input type="checkbox"/>	CT,HDLc, LDLc, TG <input type="checkbox"/>
TSHus <input checked="" type="checkbox"/>	T3I <input type="checkbox"/>	Ac. Anti-TPO <input type="checkbox"/> TRAK <input type="checkbox"/>
Thyroglobuline <input type="checkbox"/>	Ac. anti-TG <input type="checkbox"/>	Calcitonine <input type="checkbox"/>
Ca++, Albumine <input checked="" type="checkbox"/>	Calcémie 24h <input type="checkbox"/>	ECBU <input type="checkbox"/>
NFS + Pq <input type="checkbox"/>	Ferritinémie <input type="checkbox"/>	VS <input checked="" type="checkbox"/> EPP <input type="checkbox"/>
PSA <input type="checkbox"/>	25 OH Vit (D2 + D3) <input type="checkbox"/>	Tropinines <input type="checkbox"/>
Cortisol 8H <input type="checkbox"/>		Test au synactène 250 µg <input type="checkbox"/>
Prolactine <input type="checkbox"/>	Ag Hbs <input type="checkbox"/>	Ac Anti-H ^{te} C <input type="checkbox"/>
CRP <input type="checkbox"/>		

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL FIRDAOUS

BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Jamila 7, Rue 14, N°90 Cité Djemaâ 20450 -Casablanca (04).

Tél : 0522 57 64 21 – Fax : 0522 55 33 42

Dr Souad EL HAIMER

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

Lauréat de l'Université Hassan II -Faculté de Médecine de Casablanca

Domiciliation Bancaire : Banque populaire -Agence Oued Eddahab

Compte N° : 178 780 21 211 36 24 330 000 346

Identifiant commun de l'entreprise : 001660300000062

Patente : 57432824

INP : 093 000909

CNSS : 6418976

FACTURE N° : 230300632

CASABLANCA le 08-03-2023

Mme NAZIH Lakbira

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0101	Albuminémie (Méthode immunologique)	B60	B
0104	Calcium	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0163	TSH	B250	B
0223	VS	B30	B

Total des B : 470

TOTAL DOSSIER : 654.80 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent cinquante-quatre dirhams quatre-vingts centimes.

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
EL FIRDAOUS
Jamila 7, Rue 14, N° 90 C.D.
CASABLANCA
Tél: 05 22 57 64 21 - Fax: 05 22 55 33 42

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL FIRDAOUS

BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Jamila 7, Rue 14, N°90 Cité Djemaâ 20450 -Casablanca (04).

Tél : 0522 57 64 21 – Fax : 0522 55 33 42

Dr Souad EL HAIMER

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

Lauréat de l'Université Hassan II -Faculté de Médecine de Casablanca

Date du prélèvement : 08-03-2023 à 08:52

Code patient : 1906100028

Né(e) le : 01-01-1953 (70 ans)

Mme NAZIH Lakbira

Dossier N° : 2303080033

Prescripteur : Dr MAHDAOUI LAILA



HEMATOLOGIE

VITESSE DE SEDIMENTATION

VS 1ère heure

25 mm/h

(0-10)

30-03-2022

30

VS 2ème heure

55 mm/h

(0-20)

60

BIOCHIMIE SANGUINE

Hémoglobine glyquée (HBA1c)

5.9 %

(4.0-6.0)

07-12-2022

5.6

Indications thérapeutiques :

< 6.5 %

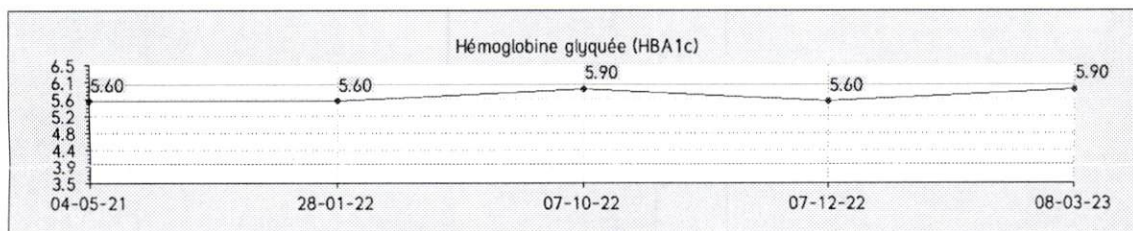
: Objectif optimal.

< 8 % sur deux contrôles successifs

: Equilibre acceptable.

> 8 % sur deux contrôles successifs

: Mauvais équilibre glycémique, modifications de traitement recommandées.



Calcium

86 mg/L

(85-105)

30-05-2022

85

2.14 mmol/L

(2.12-2.61)

Albuminémie :

36 g/L

(35-50)

30-05-2022

46

Validé par : Dr. Souad EL HAIMER

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
EL FIRDAOUS
Jamila 7, Rue 14, N°90
Cité Djemaâ - CASABLANCA
Tél : 0522 57 64 21 - Fax : 0522 55 33 42

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL FIRDAOUS

BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Jamila 7, Rue 14, N°90 Cité Djemaâ 20450 -Casablanca (04).

Tél : 0522 57 64 21 – Fax : 0522 55 33 42

Dr Souad EL HAIMER

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

Lauréat de l'Université Hassan II -Faculté de Médecine de Casablanca

2303080033 – Mme NAZIH Lakbira

BILAN ENDOCRINIEN

Thyréostimuline (TSH)

4.900 UI/mL

(0.250–5.000)

07-10-2022

1.114

Validé par : Dr. Souad EL HAIMER

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
EL FIRDAOUS
Jamila 7, Rue 14, N°90
Cité Djemaâ 20450 -Casablanca (04)
Tél : 0522 57 64 21 – Fax : 0522 55 33 42