

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° W21-777169

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1599 Société : RAO 165323

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELDIR ELABBOUBI

Date de naissance : 20/06/1950

Adresse : 16 C. de WAKANATI RT. AZENOUR AIN-DIAB CASA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. NADIR Amine
Endocrinologue - Diabétologue
Nutritionniste
Boulevard Anoual Casablanca
Tél. 05 22 86 44 86 / 05 22 86 44 44

Date de consultation : 17/05/2023

Nom et prénom du malade : ELDIR MARIE-CHRISTINE

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

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
17/05/23	G	2	20,00	INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Montant de la Recture
17/05/23	7591,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17.05.23	B:410. +E25	774,00DH

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : 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	INP : <input type="text"/>														
				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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>26533412</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		26533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	26533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 NADIR Amina

Spécialiste

Endocrinologue - Diabétologue

Nutritionniste



Diabète - Goitre - Cholestérol - Obésité
Maigreux - Retard de croissance et de puberté

الدكتورة ندير أمينة

طبيبة اختصاصية في

أمراض السكري - أمراض الغدد - التغذية

الاضطرابات الهرمونية

أمراض الغدة الدرقية - السمنة - الكوليستيرول

التحافة - تأخر النمو والبلوغ

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS



8-9695-73-280-3

ORDONNANCE

Casablanca le, 17/05/2023 : الدار البيضاء في

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS



8-9695-73-280-3

Mr - Mme : Mme ELMIR Marie-christine

VICTOZA

1,8 mg par jour pendant 3 mois

RYSODEG (flectouch)

16 Uis le midi avant le repas pendant 3 mois

AMAREL 4 MG

1 Comprimé le matin avant le repas pendant 3 mois

GLUCOPHAGE 1000 MG

1 Comprimé le midi 1 Comprimé le - ès le repas pendant 3 mois

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS



Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS



8-9695-73-280-3

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS



8-9695-73-280-3

5x3ml
Ryzodeg® FlexTouch®
100 unités/ml
Solution injectable en stylo prérempli
Insuline dégludec/Insuline Asparte
PPV : 1182,00 MAD



8-9564-73-200-2

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sabaâ Casablanca
Amarel 4 mg cp b 30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

Dr. NADIR Amina
Endocrinologue - Diabétologue
Nutritionniste
182, Boulevard Anoual Casablanca
Tel.: 05 22 86 44 86/05 22 86 44 44

PHARMACIE APUCARIA
Hicham TALI Pharmacien
42, Rue d'Ifrane Hay Salam C.I.L. Casablanca
Tel.: 0522 36 13 05 Fax: 0522 39 61 0

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sabaâ Casablanca
Amarel 4 mg cp b 30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sabaâ Casablanca
Amarel 4 mg cp b 30
P.P.V : 68,80 DH
6 118001 081325

En cas d'urgence : 06 61 08 89 86

182, Bd Anoual, Tour Anoual, Derb Ghalef, Casablanca
Tél : 05 22 86 44 86 - 05 22 86 44 44
e-mail : nadiramina@yahoo.fr

I.C.E : 001648613000070

182, شارع أنوال, درب غلف, الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 86 44 44 - 05 22 86 44 86
العنوان الإلكتروني : nadiramina@yahoo.fr

LOT 221661
EXP 11/2025
PPV 28.00DH

LOT 230390
EXP 03/2026
PPV 28.00DH

LOT 230009
EXP 02/2026
PPV 28.00DH

LOT 230008
EXP 02/2026
PPV 28.00DH

LOT 230390
EXP 03/2026
PPV 28.00D

LOT 230390
EXP 03/2026
PPV 28.00DH

Docteur NADIR Amina

Spécialiste

Endocrinologue - Diabétologue

Nutritionniste

Diabète - Goitre - Cholestérol - Obésité

Maigreux - Retard de croissance et de puberté



الدكتورة ندير أمينة

طبيبة أخصائية في

أمراض السكري - أمراض الغدد - التغذية

الاضطرابات الهرمونية

أمراض الغدة الدرقية - السمنة - الكوليستيرول

النحافة - تأخر النمو والبلوغ

ORDONNANCE

Casablanca le, 17/05/23 : الدار البيضاء في

Mr - Mme : Mme ELMIR Marie-christine

- Glycémie à jeun

- HbA1C

- Créatinine

- TSHus

EVOLULAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45

Dr. NADIR Amina
Endocrinologue - Diabétologue
Nutritionniste
182, Boulevard Anoual Casablanca
Tél.: 05 22 86 44 86 / 05 22 86 44 44

En cas d'urgence : 06 61 08 89 86

182, Bd Anoual, Tour Anoual, Derb Ghalef, Casablanca

Tél : 05 22 86 44 86 - 05 22 86 44 44

e-mail : nadiramina@yahoo.fr

I.C.E : 001648613000070

182, شارع أنوال, درب غلف, الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 86 44 86 - 05 22 86 44 44

العنوان الإلكتروني : nadiramina@yahoo.fr

Date du prélèvement : 17-05-2023 à 08:00

Code patient : 2211212026

Né(e) le : 14-05-1949 (74 ans)



**Mme Jarne MARIE CHRISTINE
THERESE CHARLOTTE**

Dossier N° : 2305172003

Prescripteur : Dr AMINA NADIR

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

- Créatinine

(Test colorimétrique enzymatique)

6.1 mg/L

(5.0-12.0)

8.1

54.0 µmol/L

(44.3-106.2)

21-11-2022

- Glycémie à jeun

(Beckman AU480)

1.93 G/L

(0.70-1.15)

2.16

10.71 mmol/L

(3.89-6.38)

25-01-2023

HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C:

(Méthode de Référence: HPLC sur GX 723)

10.8 %

(4.0-6.0)

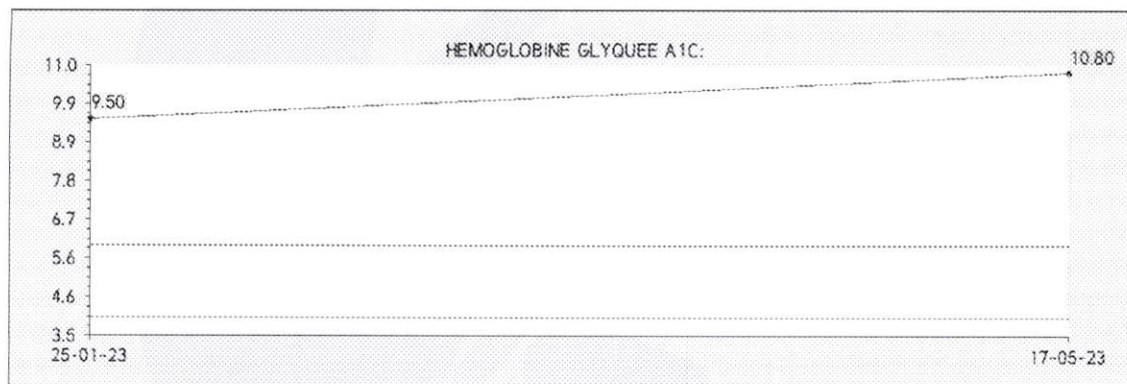
9.5

25-01-2023

Patient non diabétique : 4-6 %

Objectif de thérapie : < 7 %

Modification de thérapie: > 8 %



BILAN ENDOCRINIEN

- TSH

(Technique ELFA Vidas)

0.47 mU/L

(0.25-5.00)

0.41

25-01-2023

EVOLULAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
187, Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45
Validé par: Dr. Y. ZEMRANI

FACTURE N° : 2305172003

INPE: 093061067 IF:14377655

Casablanca le 17-05-2023

Mme Jarne MARIE CHRISTINE THERESE CHARLOTTE

Date de l'examen : 17-05-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
	- Créatinine	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	HbA1c	B100	B
	TSH Ultrasensible	B250	B

Total des B : 410

TOTAL DOSSIER : 574.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent soixante-quatorze dirhams

EVOLULAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187 Bd. Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0522 95 03 34 - Fax: 0522 94 77 45
E-mail: evolulab@hotmail.com