

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	4953	Société :	RAM.
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	X 3080
Nom & Prénom :		CHELIO HOUSEINE	
Date de naissance :		01.07.1961	
Adresse :		Res. CHAKAB ZONE 3 Imm 9 Apt 11 AIN SERHA CASA	
Tél. :		0661 80 2886 Total des frais engagés : 1515,90 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :		
Date de consultation :	01.08.2023	
Nom et prénom du malade :	BouGAGDI HAFIDA Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	DIAS. AVE + Dyslipidémie	
Affection longue durée ou chronique :	<input checked="" type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC
Pathologie :	Hypertension	
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 : CSA Le : 01/08/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
01/08/23 CT			G	
05/08/23 CS			300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMARIA HALIMA N° 7 route de la Jeannette Ain Sefra 05215 INPI : 09.01.45 Tél : 05.02.73.74.735	05/08/2023	655900

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LIBOFAR 1, Rue 2, Am 3 - N° Bernoussi Casablanca Tél : 05.22.78.85 06.55.67.08.43	11/08/93	B 400	560

AUXILIAIRES MEDICAUX

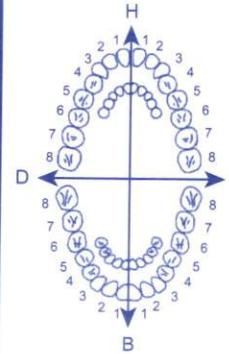
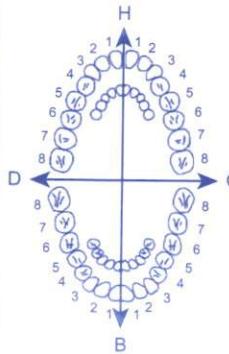
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	Coefficient des Travaux																				
																								
																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
<table border="1" style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td></td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td></td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>B</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>G</td><td></td><td></td></tr> </table>				H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			<table border="1" style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>[Création, remont, adjonction]</td></tr> <tr><td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td></tr> </table>	[Création, remont, adjonction]	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession
H	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
D	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
B																								
G																								
[Création, remont, adjonction]																								
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
				Coefficient des Travaux																				
				Montants des Soins																				
				Date du devis																				
				Date de l'exécution																				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Lamiaa HALLAB

Spécialité en Endocrinologie, Diabétologie

Nutrition et Maladies Métaboliques

Diabète, Pompes à insuline, CGMS, Thyroïde, Hypophyse

Surrénales, Retard de Croissance, Retard Pubertaire....

Echographie Thyroïdienne et Générale

Nutrition et prise en Charge de l'Obésité



الدكتورة لمياء حلال

اختصاصية في علم الغدد الصماء

أمراض السكري، التغذية وأمراض الأيض

السكري مضخة الأنسولين، الغدة الدرقية، الغدة النخامية

الغدة الكظرية، تأخر النمو، البايوغ المتأخر.....

الفحص بالصدى

التغذية وعلاج السمنة

M

Mme BOUGAJDI Hafida

le

05.08.2023

20.80

1 GLUCOPHAGE 500 MG



46.70

2 ZYLORIC 100 MG



147.10 x 4

3 ROZAT 10

1 cp le soir, pendant 3 mois.

655.90



LOT 230750
EXP 02 2027
PPV 46.70 DH

PPV : 147DH10
PER : 05/25
LOT : M1621-1

PPV : 147DH10
PER : 05/25
LOT : M1621-1

PPV : 147DH10
PER : 05/25
LOT : M1621-1

PPV : 147DH10
PER : 05/25
LOT : M1621-1

تاريخ الفحص غير قابل للتغيير

Sur Rendez-vous

بالموعد

Docteur Lamiaa HALLAB

Spécialité en Endocrinologie, Diabétologie
Nutrition et Maladies Métaboliques
Diabète, Pompes à insuline, CGMS, Thyroïde, Hypophyse
Surrénales, Retard de Croissance, Retard Pubertaire....
Echographie Thyroïdienne et Générale
Nutrition et prise en Charge de l'Obésité



الدكتورة لمياء حلاب
اختصاصية في علم الغدد الصماء
أمراض السكري، التغذية وأمراض الأيض
السكري مضخة الأنسولين، الغدة الدرقية، الغدة النخامية
الغدة الكظرية، تأخر النمو، البلوغ المتأخر.....
الفد ص بالص دي
التغذية و علاج السمنة

M

20 Mai 2023

Mme BOUGAJDI Hafida

- HbA1c gaj
- Uree
- Creatinine
- CT
- HDL
- LDL
- TG

Dr. LAMIAA HALLAB
ENDOCRINOLOGUE
Andalous 3, JASMIN, Office 3, N°1,
Tel : +212 522 76 76 91 / 05 62 60 08 81

Dr. LAMIAA HALLAB
ENDOCRINOLOGUE
Andalous 3, JASMIN, Office 3, N°1,
Tel : +212 522 76 76 91 / 05 62 60 08 81

Dr. LAMIAA HALLAB
ENDOCRINOLOGUE
Andalous 3, JASMIN, Office 3, N°1,
Tel : +212 522 76 76 91 / 05 62 60 08 81

تاریخ الشخص غير قابل للتغيير

Sur Rendez-vous
بالموعود

Andalous 3, Jasmine office 3. N°1 ,
1 étage, route Bouskoura - Casablanca

Tél : +212 522 76 76 91 / +212 662 60 08 81

E-mail : dr.lamiaa.hallab@gmail.com

@ dr.hallablamiaa

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

91 Rue N° 2, Amal 3, Sidi Bernoussi, 20600 Casablanca
Tél. : 05 22 75 62 85 - Gsm : 06 55 67 08 43

Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 18h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
www.labofar.ma



FACTURE N° : 230800009

Mme BOUGAJDI (Ep CHELLIQ) Hafida
Référence : 23080018

Date de l'examen : 01-08-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
B100	Acide urique sanguin	B30	B
B106	Cholestérol total	B30	B
B108	Cholestérol HDL	B50	B
B109	Cholesterol LDL	B50	B
B111	Créatinine	B30	B
B118	Glycémie	B30	B
B119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
B134	Triglycérides	B50	B
B135	Urée	B30	B

Total des B : 400

TOTAL DOSSIER : 560.00 DH

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

Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr BENNANI MOUHSSINE
91, Rue 2, Amal 3, Sidi Bernoussi, Casablanca
Tél.: 05.22.75.62.85 - 06.55.67.08.43

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -
BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 75 62 85 - GSM : 06 55 67 08 43

Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 18h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
www.labofar.ma



Code Patient 18010758
Edition : 01-08-2023 à 14:03

Mme BOUGAJDI (Ep CHELLIQ) Hafida

Né(e) le : 05-12-1961 (61 ans - F)

Référence : 23080018

Médecin : Dr HALLAB LAMIAA

Prélèvement du : 01-08-2023 à 09:10

BIOCHIMIE SANGUINE

17-05-2023

Acide Urique
(ARCHITECT Ci 4100)

68 mg/L
0.40 mmol/L

(25-60)
(0.15-0.36)

66

Urée
(ARCHITECT Ci 4100)

0.24 g/L
4.00 mmol/L

(0.10-0.50)
(1.67-8.33)

0.29

Créatinine
(ARCHITECT Ci 4100)

8.2 mg/L
72.2 µmol/L

(<13.0)
(<114.4)

7.6

Glycémie à jeun
(ARCHITECT Ci 4100)

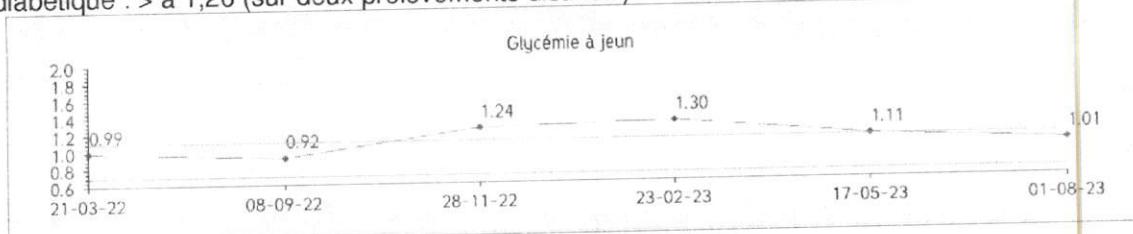
1.01 g/L
5.61 mmol/L

(0.70-1.10)
(3.89-6.11)

1.11

Consensus :

- Taux normal : de 0,60 à 1,10 g/L
- Diminution de la tolérance au glucose : de 1,10 à 1,26 g/L
- Sujet diabétique : > à 1,26 (sur deux prélèvements distincts)



Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr. BENNANI MOUHSSINE
91, Rue 3, Nivel 3 - Meknès - Maroc
Tél. : 05 22 75 62 85 - GSM : 06 55 67 08 43

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

BIOCHIMIE – HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE –
BACTÉRIOLOGIE–VIROLOGIE – PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86

Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 18h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
www.bioidag.ma/labofarb

Référence : 23080018

Mme BOUGAJDI (Ep CHELLIQ) Hafida

17-05-2023

Hémoglobine glyquée (HbA1c) 6.50 %

(Biorad D 10)

6.40

Valeurs de référence :

Sujet normoglycémique : 4,00 à 6,00 % de l'hémoglobine totale.

Sujet diabétique équilibré type 2 : objectif ciblé autour de 6,50 %.

Sujet diabétique équilibré type 1 : objectif ciblé autour de 7 %

Diabète mal équilibré : taux supérieur à 8,50 %.

Cholestérol total
(ARCHITECT Ci 4100)

1.31 g/l
3.39 mmol/L

(<2.00)
(<5.17)

2.53

Triglycérides
(ARCHITECT Ci 4100)

1.67 g/L
1.90 mmol/L

(0.35–1.50)
(0.40–1.71)

2.65

HDL-Cholestérol
(Architect Ci4100)

0.45 g/L
1.16 mmol/L

(>0.50)
(>1.29)

0.48

LDL-Cholestérol
(Calculé selon la formule de Friedwald)

0.53 g/L
1.37 mmol/L

(<1.60)
(<4.14)

1.52

Demande validée biologiquement par : Dr. M.BENNANI

Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr. BENNANI MOUHSSINE
93, Rue 2, Agdal 3 - Rabat
Tél. : 05 22 75 62 86
Bennani - Casab
06.22.35.61.47