

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

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



Déclaration de Maladie

N° W19-578279

*Par
Pionier*

Maladie

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2141

Société :

Optique

Autres

Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ABERCOUCH Aissa

178480

Date de naissance :

06/10/1951

Adresse :

Immueble EL Menzeh n° 313
Av des FAR - AGADIR

Tél. :

05 27 04 10 51 Total des frais engagés

924,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Kaoutar BAHKATE
et Nutritionniste
Imm. SAFA SUD Av. Hassan I
AGADIR - Tel: 05 28 22 42 25
INPE: 041199273 - ICE: 00170064700003

Date de consultation :

ALKEDDAD Najwa Age:

Nom et prénom du malade :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Abdelkader

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 : 18/3/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-578279

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin et mention de la Pathologie des Actes
16/09/13	Co	0.1	50,00	Dr. K. S. G. Endocrinologue et Nutritionniste
18/09/13	Co	0.1	50,00	Imm. SAFA Dr. K. S. G. Endocrinologue et Nutritionniste

AIRES
Cachez la signature du Médecin
L'estampe le Patient des Actes
docteur
INR
Imm. SAFA
Kabbari
Bata
et Nutzulhaf
et Nutzulhaf ICE
SARA SUD Av. Hassan I
Tel: 05 29 22 42 25
ICE: 00170067-003002

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><i>é. BILA PHARMA sas GN 7 IMM MANZEH AV DES FAR AGADIR TEL: 05 28 82 43 32</i></p>	<i>18/09/23</i>	<p><i>AC INPE 042021220 263,00</i></p>

Montant de la Facture

INPE
042021220

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE DAHMANI avenue Kennedy 8003 AGD t. 02 38 84 80 03 Fax: 05 28 84 80 03	15.00 10/09/83	B 360 X P	111.00

**Montant
des Honoraires**

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	G	B	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412 00000000	21433552 00000000		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	35533411	11433553		<input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<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

الدكتورة كوثر بركات Dr.Kaoutar BARAKATE

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Troubles Hormonaux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
Ex. Spécialiste à l'hôpital Militaire de Rabat
Diplômée en échographie thyroïdienne
de la faculté de médecine de Marrakech

☎ 0528 224 225



أخصائية في أمراض الغدد
السكري والاضطرابات الهرمونية

خريج كلية الطب بالرباط وظبيبة أخصائية
سابقاً بالمستشفى العسكري بالرباط
دبلوم المفعول بالصدى للغدة الدرقية
 بكلية الطب بمرارش

☎ 0528 224 225

Agadir le 18/09/2023.....

Mme NAJMA AL KEDDAD

NOVORAPID FEXPEN INJ

6-4-6UI avt/après repas x 4mois

CRESTOR 5 mg comprimé pelliculé

1cp(1j/2) apres repas LE SOIR X 3MOIS

TRESIBA 100 stylo inject

10ui le soir à 22h x 4mois

IBRAFINE AIGUILLES 4MM

1aiguillex2/j x3mois

^{134,50}
x2 TAREG 80 mg, Comprimé Pelliculé

1cp le matin apres repas x 4mois



263,00

SAE. BILA PHARMA SARL
MAGN 7 IMM. HAANZEH AV DES FAR
TEL: 05 28 82 43 32

Dr. Kaoutar BARAKATE
Endocrinologue-Diabétologue
et Nutritionniste
Imm. SAFA SUD Av. Hassan I
AGADIR - Tél: 05 28 22 42 25
NPE: 041190273 - ICE: 001700647000003

رقم 12 عمارة صفاء الجنوب شارع الحسن الأول (الطابق الأول) - حي الداخلة - أكادير

Imm. SAFA SUD Av. Hassan 1 er, N° 12 -Cité Dakhla (au dessus de la BMCE) AGADIR

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Troubles Hormonaux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
Ex. Spécialiste à l'hôpital Militaire de Rabat
Diplômée en échographie thyroïdienne
de la faculté de médecine de Marrakech



أخصائية في أمراض الغدد
السكري والاضطرابات الهرمونية

خريجة كلية الطب بالرباط وطبيبة أخصائية
سابقاً بالمستشفى العسكري بالرباط
دبلوم الفحص بالصدى للغدة الدرقية
 بكلية الطب بعاصمة

0528 224 225

0528 224 225

Agadir le : 16/09/23

Mme NAJMA AL KEDDAD

GLYCEMIE A JEUN

HBA1C

CHOLESTEROL TOTAL

CHOLESTEROL HDL

CHOLESTEROL LDL

TG

NA
kt

الدكتور حركات
LABORATOIRE DR. HARGUIL
Avenue Kennedy 80000 AGADIR
Tel: 05.28.84.80.03 Fax: 05.28.84.15.60

Dr. Kaoutar BARAKATE
Endocrinologue-Diabetologue
Mme. SAFA SUD Av. Hassan 1
AGADIR - Tel: 05 28 22 42 25
INPE: 041100273 - ICE: 00170064700003

secretariat
AL-KEDDAD Najma
Bénéf / Assurée
AL-KEDDAD Najma
Né (e) 02/06/1961
160923 032 Sexe F

رقم 12 عمارة صفاء الجنوب شارع الحسن الأول (الطابق الأول) - حي الداخلة - أكادير

Imm. SAFA SUD Av. Hassan 1 er, N° 12 -Cité Dakhla (au dessus de la BMCE) AGADIR

Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et Troubles Hormonaux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat
Ex. Spécialiste à l'hôpital Militaire de Rabat
Diplômée en échographie thyroïdienne
de la faculté de médecine de Marrakech

0528 224 225



أخصائية في أمراض الغدد
السكري والاضطرابات الهرمونية

خريجة كلية الطب بالرباط وطبيبة أخصائية
سابقاً بالمستشفى العسكري بالرباط
دبلوم الفحص بالصدى للغدة الدرقية
 بكلية الطب بمراكش

0528 224 225

Agadir le : 18/10/2013

Note d'honoraire

Identification : 4458

Nom et Prénom : AL KEDDAD NAJMA

Désignation	Montant
consultation	250,00
Total	250,00

Arrêter la Présente Note à la somme de : Deux cent cinquante dhs
(250,00)

Dr. Kaoutar BARAKATE
Endocrinologue-Diabetologue
et Nutritionniste
Imm. SAFA SUD Av. Hassan 1
AGADIR - Tél: 05 28 22 42 25
05 28 22 42 25 ICF: 00170054700

رقم 12 عمارة صفاء الجنوب شارع الحسن الأول (الطابق الأول) - حي الداشرة - أكادير
Imm. SAFA SUD Av. Hassan 1 er, N° 12 -Cité Dakhla (au dessus de la BMCE) AGADIR

Docteur BARAKATE KAOUTAR
Av. HASSAN I
Cité Dakhla
80000 AGADIR
Dossier No 91609 032R NP 228787

Madame AL-KEDDAD , Najma
IMM EL MANZEH
AV DES FAR NR 313
80000 AGADIR

Prélèvement du: 16/09/2023 à 09h21
RESULTATS D'EXAMENS BIOLOGIQUES

Édité, le 18/09/23

B I O C H I M I E

Nature du prélèvement: SANG

Antécédents

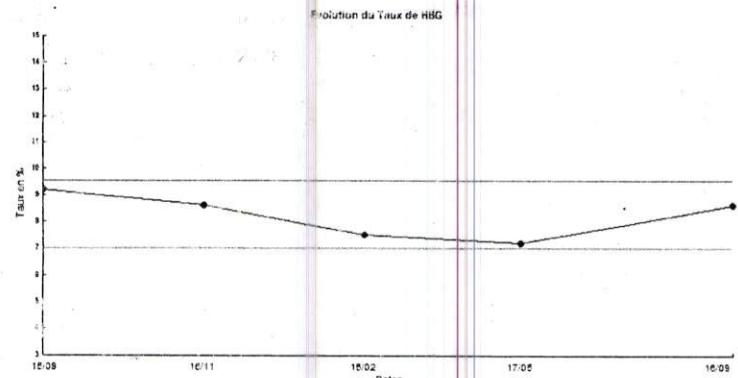


GLYCEMIE à jeun..... 1,07 g/l (VR : 0.80 - 1.15) 17/05/23 : 1.20 (*)
(Abbott Architect CI4100 Héroxinase) 5,94 mmol/l

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C) 8,6 % 17/05/23 : 7.2 (*)
(VariantII méthode de référence : HPLC)

HbA1c %(NGSP*)	Interprétation
4.0-6.0	Zone normale
6.1-7.0	Très bon équilibre chez un diabétique connu. Risque d'hypoglycémie chez l'insulino-dépendant.
7.1-8.0	Bon équilibre glycémique chez un diabétique. Diagnostic sûre d'un diabète
> 8.1	Mauvais équilibre glycémique

*NGSP . National Glycohemoglobin Standardization Program.



SODIUM..... 144 mEq/l (VR : 136 - 145)
(Abbott Architect CI4100 Electrodes spécifiques)

POTASSIUM..... 5,1 mEq/l (VR : 3.5 - 5.1)
(Abbott Architect CI4100 Electrodes spécifiques)

Résultats validés par: Docteur H. ZRIKEM, Médecin Biologiste

Docteur A. HARGUIL
Biologiste Médical
Laboratoire HARGUIL
Av. Kennedy - AGADIR
Tel: 0528 84 80 03 Fax: 0528 84 15 60

CHOLESTEROL.....

1,71 g/l
4,41 mmol/l

17/05/23 : 1.93

(*)

Recommandations Programme American NCEP(adultes) et American Academy Pediatrics(enfants):

	Enfants	Adultes
Taux souhaitable :	< 1.70 g/l	< 2.00 g/l
Taux limite :	1.70 - 1.99 g/l	2.00 - 2.39 g/l
Taux élevé :	> ou = 2.00 g/l	> ou = 2.40 g/l

TRIGLYCERIDES.....

0,50 g/l
0,57 mmol/l

17/05/23 : 0.67

(*)

Recommandations pour les adultes du rapport ATPIII du programme american NCEP :

Taux souhaitable :	< 1.50 g/l
Taux limite :	1.50 - 1.99 g/l
Taux élevé :	2.00 - 4.99 g/l
Taux très élevé :	> ou = 5.00 g/l

CHOLESTEROL HDL.....

0,78 g/l
2,01 mmol/l

17/05/23 : 0.80

Recommandations pour les adultes du rapport ATPIII du programme american NCEP :

Facteur de risque majeur pour cardiopathies :	< 0.40 g/l
Facteur de risque négatif pour cardiopathies :	> ou = 0.60 g/l

Rapport Chol./HDL...

2,19 (VR : < 5.00)

CHOLESTEROL LDL.....

0,83 g/l
2,14 mmol/l

17/05/23 : 1.00

COMMENTAIRES :

Valeurs normales en l'absence de facteur de risque associé
(Age, antécédents familiaux, tabac, hypertension artérielle, diabète type II)

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES :	Si un facteur de risque	LDL < 1.90 g/l
	Si 2 facteurs de risque	LDL < 1.60 g/l
	Si plus de 3 facteurs de risque	LDL < 1.30 g/l

Ces résultats sont à replacer dans leur contexte clinique
et doivent être soumis à votre médecin traitant.

Résultats validés par: Docteur H. ZRIKEM, Médecin Biologiste

Docteur A. HARGUIL
Biologiste Médical
Laboratoire HARGUIL
Av. Kennedy / AGADIR
Tel: 0528 04 80 03 Fax: 0528 04 15 60

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE :
VALABLE UN AN

Code : PR2FR04

Version : 02

Date : 05/05/2023

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : ALKEDDAD NAJMA

Matricule :

N° CIN : T 99 166

Adresse : Imm. EL Menzah n° 313 - Av. des FAR
AGADIR

Bénéficiaire de soins : Adhérent Parent Enfant

Dr. Kaoutar BARAKATE
Endocrinologue-Diabétologue
et Nutritionniste

Je soussigne : Imm. SAFA SUD Av. Hassan I Spécialité :

N° ICE : AGADIR - Tel: 05 28 22 42 25 N° INPE : 041190273
INPE: 041190273 - ICE: 001700647000003

Certifie que Mlle, Mme, M. : ALKEDDAD NAJMA

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

Ct 1, 27 MB 26%

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits :

Voir document

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : Agadir le 18/09/2023

Cachet et signature du médecin traitant

Dr. Kaoutar BARAKATE
Endocrinologue-Diabétologue
et Nutritionniste

Imm. SAFA SUD Av. Hassan I
AGADIR - Tel: 05 28 22 42 25
INPE: 041190273 - ICE: 001700647000003

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES HARGUIL

Avenue Kennedy-Talborjt AGADIR TEL:0528-84-80-03 FAX:0528-84-15-60
ICE:001628874000008 I.F:75902170 PAT:48316551 CNSS:1761411 INP:043000470
SITE:www.laboratoire-harguil.com



043000470

Mont

FACTURE N° : 2313404

AGADIR, le : 16/09/2023

Nom et Prénom ... : Najma AL-KEDDAD

Prescripteur : Dr. BARAKATE KAOUTAR

Mutuelle/Assurance. :

ICE:001628874000008 facturé à..... : ICE:

Bilan :

G	B 30	+	HBG	B 100	+	NAS	B 30	+
KS	B 30	+	CT	B 30	+	TG	B 60	+
HDL	B 50	+	LDL	B 50	+			

043000470

Total B : 360

Montant Net : 411,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Quatre cent onze Dh et zéro ct

La direction:

