

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.

M23-0016656

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *1034* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DOUKKALI COU

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

180399

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23-016656

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 :

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



Déclaration de Maladie

N° W21-770700

Couillet

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : <u>1034</u>		Société : _____	
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e)		<input type="checkbox"/> Autre : <u>DAUKALI</u>	
Nom & Prénom : _____			
Date de naissance : _____			
Adresse : _____			
Tél. : _____		Total des frais engagés : _____ Dhs	

<p>Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019</p> <p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Dr. ISLAM MAZOUD Endocrinologue 2ème étage, Bureau N° 7, Angle Av. Medina et Av. Benguerir Résidence Al Moustazah, Bataïna Sect - Tél: 06 50 15 12 49</p>	<p>Cachet du médecin : </p> <p>Date de consultation : <u>20/05/12</u></p> <p>Nom et prénom du malade : <u>DAUKALI Ibtisam</u> Age: _____</p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie : <u>Diabète type 2 / Hypothyroïdie</u></p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____</p> <p>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.</p>
--	--

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 : 00/00/2003

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-770700

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : _____
Nom de l'adhérent(e) : _____
Total des frais engagés : _____
Date de dépôt : _____

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
21/03/23			3000,00	INP : 401265957 Signature Médecin
21/03/23			1658,90	<i>Signature Pharmaciens</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACEUTIQUE 12 Av. Med. Belhassan El Ghazali, Grou Al Arar Bloc. 4 - Talatoune Tel. 05 37 63 16 22	21/03/23	1658,90

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
20/03/23	Bil	BH30	1220,16

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Début d'Execution
				Fin d'Execution
				Coefficient des Travaux
				Montants des Soins
				Date du devis
				Date de l'Execution

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS **VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

Docteur MASSO Islam
Endocrinologie, diabétologie, et maladies métaboliques
Échographie Thyroïdie
Lauréate de la faculté de médecine de rabat



الدكتورة إسلام ماسو
أمراض الغدد الصماء والسكري والأيض
فحص الغدة الدرقية بالصدى
خريجة كلية الطب بالرباط

21/09/2023

Mme DOUKKALI LAILA

413.00x3

ORDONNANCE

VIPDOMET 12.5 /1000 MG

1 Cp déjeuner

1 Cp Soir Après repas

WAL 2 **DIAMICRON 60**

1 cp au repas avant le petit déjeuner

13.00 x3

LEVOTHYROX 50

1 Cp Matin 30 minutes avant le repas

68.00 x2

LEVOTHYROX 25

1/2 Cp Matin 30 minutes avant le repas

89.50

CUROGUL

5 GOUTTES LE SOIR

(- Traitement de 3 mois -)

49.00

MYCODERME POU DRE

1 APPLICATION / JOUR PENDANT 3 SEMAINES.

59.50

En rosacee sur p.

LC

Lebanese Al Mounatazah Center for Endocrinology and Metabolism N° 1, 2ème étage, Bureau N° 7, Avenue Mounatazah, Al Mounatazah, 10120, Tunis, Tunisia

Dr. Islam MASSO
Endocrinologue N° 7,
2ème étage, Bureau N° 7, Avenue Mounatazah, Al Mounatazah, 10120, Tunis, Tunisia
Angle Av. Mounatazah - Bettana Salé
Résidence Al Mounatazah - Bettana Salé
Bettana Salé - 10120 - Tunis - Tunisie

بنية المنتزة ، ناصية شارع مدينة و زقة بنكريز مكتب رقم 7. الطلاق الثاني، بطينة سلا

Immeuble Al Mounatazah, Angle avenue Mediouna et Rue

Bengrir, Bureau numéro 7, 2ème étage, Bettana Salé



7865190305



LOT NO. : 357082
DATE EXP: 05.2026
PPV : 413DH00

LOT NO. : 357082
DATE EXP: 05.2026
PPV : 413DH00

LOT NO. : 357082
DATE EXP: 05.2026
PPV : 413DH00

Docteur MASSO Islam
Endocrinologie, diabétologie, et maladies métaboliques
Échographie Thyroïdienne
Lauréate de la faculté de médecine de rabat



الدكتورة إسلام ماسو
أمراض الغدد الصماء والسكري والأيض
فحص الغدة الدرقية بالصدري
خريجة كلية الطب بالرباط

Dr. Islam MASSO
Endocrinologue
2ème étage, Bureau N° 7,
Angle Av. Mediouna et Av. Benguérir
Résidence Al mounatazah - Bettana
Salé - Tél: 06 50 15 12 49
Dr. Islam MASSO
Endocrinologue
2ème étage, Bureau N° 7,
Angle Av. Mediouna et Av. Benguérir
Résidence Al mounatazah - Bettana
Salé - Tél: 06 50 15 12 49
2020-2183



- ULTRAS

- TSURS

par Dr D3

- NFS 1 fenêtre

Dr. Islam MASSO
Endocrinologue
2ème étage, Bureau N° 7,
Angle Av. Mediouna et Av. Benguérir
Résidence Al mounatazah - Bettana
Salé - Tél: 06 50 15 12 49

بنانية لمنطقة ناصية شارع مديونة و زنقة بنكريبر مكتب رقم 7، الطابق الثاني، بطانة سلا

Immeuble Al Mounatazah, Angle avenue Mediouna et Rue
Benguir, Bureau numéro 7, 2ème étage, Bettana Salé

Identifiant du patient : 30031
Date de naissance : 01/01/1949
Sexe : F
De : 20/09/2023 à 08:07
Édité le : 20/09/2023 à 12:25

Mme DOUKKALI LAILA

Dossier N° : 23580439



HEMATOLOGIE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE (XS-1000i / SYSMEX)

NUMÉRATION GLOBULAIRE

Hématies	:	3 720 000	/mm ³	(3840000 - 5120000)	3920000 /mm ³ (12/12/2022)
Hémoglobine	:	11.7	g/dL	(11.8 - 15)	12.3 g/dL (12/12/2022)
Hématocrite	:	32.3	%	(35 - 45)	34.0 % (12/12/2022)
V.G.M.	:	86.8	fL	(83 - 97)	86.7 fL (12/12/2022)
C.C.M.H.	:	35.9	g/dL	(31.9 - 35.9)	35.9 g/dL (12/12/2022)
T.C.M.H.	:	31.5	pg	(27.5 - 33.2)	31.4 pg (12/12/2022)
Leucocytes	:	6 230	/mm ³	(3800 - 9100)	4750 /mm ³ (12/12/2022)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

P. Neutrophiles	:	50.5	%	3 146	/mm ³	(1900 - 5700)	50.7 % (12/12/2022)
P. Eosinophiles	:	3.7	%	230	/mm ³	(0 - 500)	3.4 % (12/12/2022)
P. Basophiles	:	0.2	%	12	/mm ³	(0 - 90)	0.2 % (12/12/2022)
Lymphocytes	:	36.6	%	2 280	/mm ³	(1070 - 3900)	32.4 % (12/12/2022)
Monocytes	:	9.0	%	560	/mm ³	(170 - 1000)	13.3 % (12/12/2022)

NUMÉRATION PLAQUETTAIRE

Plaquettes	:	294 000	/mm ³	(177000 - 379000)	263000 /mm ³ (12/12/2022)
------------	---	---------	------------------	-------------------	---

Le 20/09/2023 à 12:25
 Signature
 Dr. Bellahcen Ghislane



Identifiant du patient : 30031
Date de naissance : 01/01/1949
Sexe : F
Du : 20/09/2023 à 08:07
Edité le : 20/09/2023 à 12:25

Mme DOUKKALI LAILA

Dossier N° : 23580439



BIOCHIMIE

HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE A1C : **8.0** % (4.5 - 6.3) **6.8 %**
 BIO-RAD D-10 (HPLC) (07/07/2023)

4.5 - 6.3 : Zone normale
 6.4 - 7.0 : Très bon équilibre chez un diabétique connu.
 Risque d'hypoglycémie chez l'insulino dépendant.
 Diabète possible pour un patient non diagnostiquée.
 7.1 - 8.0 : Bon équilibre glycémique chez un diabétique.
 Diagnostic sûr d'un diabète.
 > 8.1 : Mauvais équilibre glycémique.

FERRITINE : **71.86** ng/ml

(Technique : ELFA/VIDAS/Biomérieux)

Valeurs usuelles en ng/ml
 Homme 18 à 30 ans : 18.7 - 323
 31 à 60 ans : 16.4 - 294
 Femme non ménopausée : 6.9 - 282
 Femme ménopausée : 14 - 233
 Enfants 1 à 7 jours : 145 - 458
 8 à 2 mois : 52 - 421
 3 à 10 ans : 10 - 65
 11 à 16 ans : 12 - 150

VITAMINE D2/D3 (25 OH VIT D) : **43.2** µg/L
 (ECLIA Cobas E411 Roche) **108.0** nmol/L

Valeurs souhaitables pour des patients adultes : > 30µg/L (> 75nmol/L)
 Statut vitaminique considéré insuffisant entre 10 et 30 µg/L (25 à 75nmol/L)
 Etat carentiel en dessous de 10 µg/L
 Potentiel effet toxique pour des valeurs > 100 µg/L
 A confronter aux données cliniques et thérapeutiques

HORMONOLOGIE

THYREOSTIMULINE (TSH US) : **5.69** µUI/ml (0.25 - 5) **3.22 µUI/ml**
 (ECLIA Cobas E411 Roche) (07/07/2023)

0.25 - 5 µUI/ml: Euthyroidie
 < 0.15 µUI/ml: Hyperthyroïdie
 > 7 µUI/ml: Hypothyroïdie

Le 20/09/2023 à 12:25
 Signature
 Dr. Bellahcen Ghislane



Laboratoires d'Analyses Médicales - BIOLOR

Facture N° : 3102/23

Rabat le 20 septembre 2023

A l'attention de : Mme DOUKKALI LAILA

Identifiant du patient : 30031

Prélèvement du : 20/09/2023

Analyses :

Numération formule sanguine + plaquettes	B 80	107,20 Dhs
Ferritine	B 250	335,00 Dhs
Hémoglobine glycosylée	B 100	134,00 Dhs
Vitamine D	B 450	603,00 Dhs
Thyreostimuline (TSH 3G)	B 250	335,00 Dhs
Tarif de prélèvement		11

Total dossier : 1 525,20 Dhs

Remise : 20,00%

Montant avec remise : 1 220,16 Dhs

Mode de règlement : Espèce

Arrêté la présente facture à la somme de :

Mille Deux Cent Vingt Dirhams Seize Centimes

