

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricole : **0359** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

186124

Nom & Prénom : **CHATIB HAMID**

Date de naissance : **1.1.1942**

Adresse : **627 MAIS FATEH, ou LPA**

Tél. : **0661462809** Total des frais engagés : **2067,20** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **15/11/2023**

Nom et prénom du malade : **MANAS Fatima** Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Diabète

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 : **16/11/2023**

Le : **16/11/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

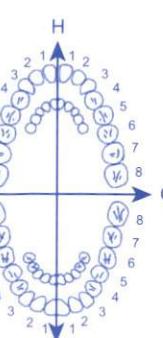
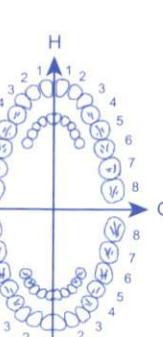
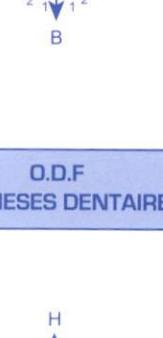
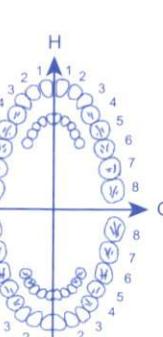
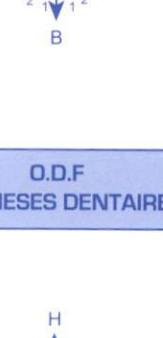
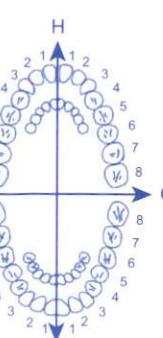
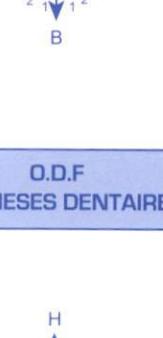
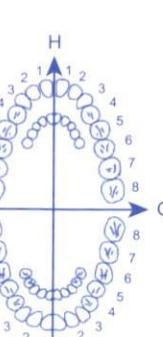
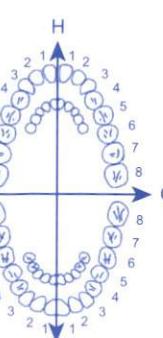


CUTAQUE

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé	Cachelet signature du Médecin des Honoraires
15/11/23	Ec		950 DA	Bd Mohamed Zefzaf Résidence Arraya
16/11/23	Ec			Anassi - Tel. 06.22.74.11
				Dr Bouchra Alaoui Elhassani
				Diabetologue - Endocrinologue
				Neuro-rationniste
				Mohamed Zefzaf Résidence Arraya
				Tel. 05.22.74.11

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie EL ANADEL Mme H.T. EL ARAKI Bd. Abdellatif Ben-Kaddour TAL: 020.22.55.29	16/10/2023	1694.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALE MOHAMMAD ZEFZAF <i>Dr. Béchir Mouna</i> Bd. Med Zefzaf, Imm. Sncissi 7 N° 23 Attacharok - Casablanca Tel : 05 22 70 96 96 / Fax : 05 22 70 96 71	15-11-23		120,00 DH

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 	CCEFFICIENT DES TRAVAUX														
MONTANTS DES SOINS 																		
DEBUT D'EXECUTION 																		
FIN D'EXECUTION 																		
COEFFICIENT DES TRAVAUX 																		
MONTANTS DES SOINS 																		
DATE DU DEVIS 																		
DATE DE L'EXECUTION 																		
DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE 																		
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	35533411		11433553	G		
H	25533412	21433552																
D	00000000	00000000																
B	00000000	00000000																
35533411		11433553																
G																		
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

MANAS Fatima

6118001031030

Galvus® 50 mg

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

68.80 ₣

AMAREL 4MG



1cp et 1/2 le matin à jeun, pendant 3

390.00 ₣ x 3

GALVUS 50MG

12.90 ₣ x 3

IPRADIA 500MG



1cp à midi au milieu du repas, pendant

144.15

ESAC 20MG



1gelule le soir, pendant 1 mois



1694.90

Pharmacie EL AYADE
Mme H.T. EL ARAKI
Bd. Abdellatif Ben Kaddour
Tél. : 022 38 54 38

Dr Bouchra Alaoui El Hassani
Endocrinologue
Diabétologue
Nutritionniste
Bd Mohamed V, 22, Avenue Araya 22
6118001031030

Galvus® 50 mg

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

6118001031030

Galvus® 50 mg

Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

12,90

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

6 118001 081325

Dr Bouchra ALAOUI EL HASSANI

Endocrinologue - Diabétologue
Nutritionniste

D^o mana S
Fatima

- Glycémie à jeun
- Glycémie Post-Prandiale (2 heures après le repas)
- Hémoglobine glyquée (Hb A 1C)
- Fructosamine
- Triglycerides
- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Creatinine
- Microalbuminurie sur les urines de 24h
- ECBU
- TGO/TGP/GGT
- Sérologie Hépatite B et C
- NFS + Plaquettes
- Uricémie
- Calcémie
- PSA
- CRP
- VS
- FERRITINEMIE
- VIT D3

RV. le :

Casablanca Ahl Loghlem, Bd. Mohamed Zefzaf
Résidence Arrayane 2, Imm.2, 3^{ème} Etage, N°49
(en face de Maroc Telecom, Annasi)
Fixe : 05 22 74 76 28 - 05 22 74 73 00
GSM: 07 67 56 03 95

الدكتورة بشرى العلوى الحسنى

أخصائية في أمراض الغدد والسكري والتغذية

Casablanca, le :

15/11/28

- TSH U-S
- T₄L
- T₃L
- Anticorps anti TPO
- Anticorps anti récepteurs TSH
- Cortisol libre Urinaire
- Cortisolémie - 8h
- - 16h
- Prolactinémie à - 10h
- FSH LH
- IGF₁
- Anticorps anti gliadine
antiendomysium
Anti Glutaminases
- Testostéronémie
- 17 OH Progesterone
- Dérivés méthoxylés

Dr Bouchra Alaoui Elhassani
Diabétologue - Endocrinologue
Nutritionniste
Bd Mohamed Zefzaf Résidence Arrayane
Annasi - Tel : 0522 74 76 28

الدار البيضاء، أهل لفلام، شارع محمد الزفزافي، إقامة الريان 2
الطابق 3، رقم 49 (أمام و كالة إتصالات المغرب، أناسي)
الهاتف : 05 22 74 73 00 - 05 22 74 76 28
المحمول : 07 67 56 03 95

Dr.BERRA Mouna - Pharmacienne Biologiste

Casablanca, le 15 novembre 2023

Prélèvement 15/11/2023 à 13:14

IPP : 012182/22



Mme. MANAS FATIMA

Référence : 231115189

Préscripteur :

BIOCHIMIE

Normes

Antécédents

HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE

(Biéfrad 010 °)

chez un sujet diabétique

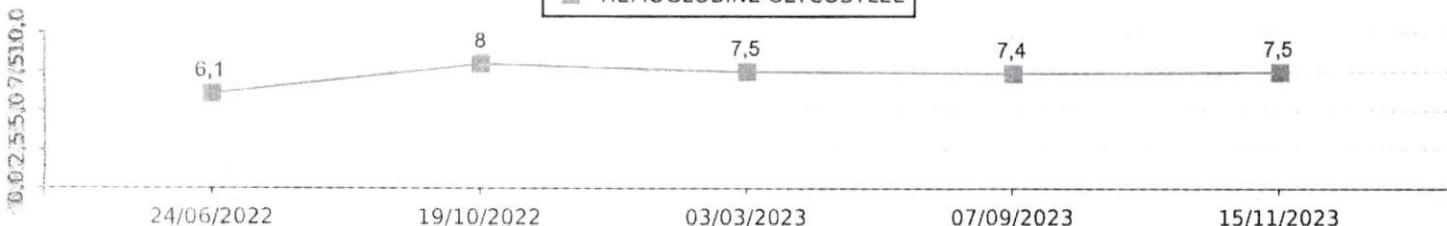
- ≤ 7% Diabète équilibré
- > 7% Diabète non équilibré

* 7.5 %

4 - 6

7.4 (07/09/2023)

■ HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE



Validé par Dr Mouna BERRA

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
MOHAMMAD ZEFZAF
Dr. Mouna BERRA
Préseptation : 15/11/2023
Tél : 05 22 70 96 96 - Fax : 05 22 70 96 76

Page : 1/1

LABORATOIRE MOHAMMAD ZEFZAF D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BERRA Mouna

FACTURE N° : 9730/23

Date de la Facture : 15/11/2023

Date des Analyses : 15/11/2023

Nom du Patient : Mme. MANAS FATIMA



Code Patient : 012182/22

Récapitulatif des analyses

Acte de Biologie demandé	Cotation B	Prix en DH
HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE	B100	110

Cotation B: 100

Prélévement : 10,00 DH

Montant Net : 120,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CENT VINGT DHS

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
 MOHAMMAD ZEFZAF
 Dr. BERRA Mouna
 Bd. Med Zefzaf, Imm. Snoussi 7 N° 23 Attacharok - Casablanca
 Tel : 05 22 70 96 96 / Fax : 05 22 70 96 76

