

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-556441

191041

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7599		Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ABOU EL HASSAN W.M.H			
Date de naissance : 17/10/62			
Adresse : BED AL ADR AL ALARZ TMC APL HAY Ryad Basat			
Tél. : 0661102316		Total des frais engagés : 2900,70 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 29/12/2023			
Nom et prénom du malade : ABOU EL HASSAN W.M.H Age: 61			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : PTZ			
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 : **Larabat** Date : **17 JAN 2024** F. : **29/12/2023**
Signature de l'adhérent(e) : **R ACCUEIL**

VOLET ADHERENT

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
24/12/23	CS		300.00	INP : <i>[Signature]</i>
29/12/23	CTR		C.A.E -	<i>[Signature]</i> DR. ISHNAN MAHARAJA CELESTE MAGEE ENTERTAINMENT

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	89/12/23	1999,72 INPE 26880 01/11/89 10:13 1/1/1990 DÉROCKTOLOGIE ET NUTRITION Dr HASSAN MAHMOUD CELINE MAHMOUD 1015453

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LAMBIAD IF-3349086 Patente : 25995358 CE : 00168526200004A	07-12-2023	BULLE	610.-

AUXILIAIRES MEDICAUX

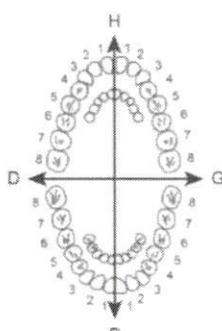
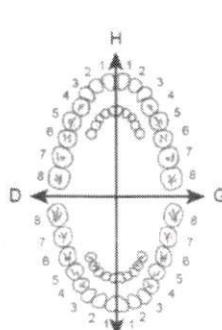
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">B</td> <td style="padding: 2px;">H</td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	H	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	G																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	H																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

Centre d'Endocrinologie et Nutrition Mahaj Riad

Dr. Ihsan HAMMOUI

Endocrinologie, Maladies Métaboliques
Nutrition, Nutrition du Sportif
Lauréate des Universités de Rabat
Paris et Toulouse



مركز طب الغد
والغذائية محج الرياض
د. إحسان حموي

طب الغدد، السكري وأمراض الاستقلاب
طب التغذية، التغذية الرياضية
خريجة جامعات الطب بالرباط
باريس وتولوز

Maphar
Bd Alkimiia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH
6 118001 185023

Maphar
Bd Alkimiia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH
6 118001 185023

Maphar
Bd Alkimiia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH
6 118001 185023

29/12/2023

Mme ABOU EL HOUDA WIAM

ORDONNANCE

FORXIGA 10 MG

1 cp par jour le matin avant le repas

DIAMICRON 60

1 cp le matin avant le petit déjeuner

ROSUVA 10

1 cp /j le soir

UVEDOSE 100000 UI

1 amp / mois

Apixul spray

(- Traitement de 3 mois

السبعين
Lot : 22011
Per : 12/24
PPV : 154 DH 10

Lot : 22011
Per : 12/24
PPV : 154 DH 10

Lot : 22015
Per : 12/24
PPV : 154 DH 10



Résidence les Camellias, Imm N° 1, Appart 1, Mahaj Riad
05 37 56 52 42 endocrinologymahaj@gmail.com - INPE :

Maphar
Bd Alkimiia N° 6, QI.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH
6 118001 185023

Centre d'Endocrinologie et Nutrition Mahaj Riad

Dr. Ihsan HAMMOUTI

Endocrinologie, Maladies Métaboliques

Nutrition, Nutrition du Sportif

Lauréate des Universités de Rabat

Paris et Toulouse



مركز طب الغدد
والغذائية محج الرياض
د. إحسان حموتي

طب الغدد، السكري وأمراض الإستقلاب

طب التغذية، التغذية الرياضية

خريجة جامعات الطب بالرباط

باريس و تولوز

Mme ABOU EL HOUDA WIAM

Bilan biologique

27/12/23
D'ENDOCRINOLOGIE ET NUTRITION MAHJ RIAD
Dr. Ihsan HAMMOUTI

Faire pratiquer S.V.P:

Hba1c

LDL HDL TRG Ch total

ASAT ALAT GGT

Fin décembre

LAM RIAD
IF : 3375086
Patente : 25986558
ICE : 00165262000044

2
INPE : 101254753
D'ENDOCRINOLOGIE ET NUTRITION
Dr. Ihsan HAMMOUTI



101254753



Résidence les Camellias, Imm N°1, Appt N°1, Mahaj Riad- Rabat



05 37 56 52 42



endocrinologiemahaj@gmail.com - INPE : 101254753

**Centre d'Endocrinologie
et Nutrition Mahaj Riad**

Dr. Ihsan HAMMOUTI

Endocrinologie, Maladies Métaboliques
Nutrition, Nutrition du Sportif
Lauréate des Universités de Rabat
Paris et Toulouse



**مركز طب الغدد
والغذائية محج الريان
د. إحسان حموتي**

طب الغدد، السكري وأمراض الإستقلاب
طب التغذية، التغذية الرياضية
خرسجة جامعات الطب بالرباط
باريس وتوالوز

20/09/2023

Mme ABOU EL HOUDA WIAM

Certificat de Maladie de longue durée

je soussigne **DR HAMMOUTI Ihsan**, Spécialiste en Diabétologi

certifie que **Mme ABOU EL HOUDA WIAM** présente un diabète type 2, pathologie chronique, nécessitant un suivi et une prise en charge au long cours.

Certificat délivré à l'intéressé(e) pour servir et valoir ce que de droit.

DR HAMMOUTI
CENTRE MAHJ RIAD
ENDOCRINOLOGY & NUTRITION



101254753

13, Angle Avenue Almelia et rue Meziata - Hay Riad
 (City Center - ACIMA) - RABAT
 Tél : 05 37 71 05 06 / 05 37 57 23 23 - Fax : 05 37 71 50 60
 Site-Web : www.laboriad.ma - E-mail :
 laboratoirerriad@gmail.com

FACTURE N° : 231202453

Rabat le 27-12-2023

Mme Wiam ABOU EL HOUDA

Date de l'examen : 27-12-2023

Analyses :
Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
0106	Cholestérol total	B30	B
0108	Cholestérol H D L	B50	B
0109	Cholestérol L D L	B50	B
PS	Prélèvement sanguin	E20	E
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0134	Triglycérides	B60	B
	ALAT (GPT): ALANINE AMINO TRANSFERASES	B50	B
	ASAT (GOT)	B50	B
	Gamma G.T.	B50	B

Total des B : 440

TOTAL DOSSIER : 610.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent dix dirhams .

Type de paiement :

Carte bancaire le 27-12-2023



Patente N°: 25995358 - CNSS: 9114357 - IF:3349086 RIB:013 810 01214 000040 001 27 94 BMCI RYAD NAKHIL -
 ICE: 001685262000044 - INPE: 103060877



Dr Jalil ELATTAR
Médecin Biologiste

مركز التحاليل الطبية الرياض

CENTRE DE BIOLOGIE RIAD

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

Page 1 / 3

Édité le 27-12-2023 à 10:53

Prescripteur : Dr Ihsan HAMMOUTI

EXAMEN du 27-12-2023
Mme ABOU EL HOUDA Wiam
Code Patient : 1303092010
Né(e) le : 18-10-1962



Prélevé le : 27-12-2023 à 09:16



BIOCHIMIE SANGUINE

ALAT : ALANINE AMINO TRANSFERASES

21-10-2019

18

ALAT (GPT)
(Méthode IFCC Beckman Coulter AU 480)

14 UI/L

(<35)

ASAT : ASPARTATE AMINO TRANSFERASES

21-10-2019

22

ASAT (TGO)
(Méthode IFCC Beckman Coulter)

21 UI/L

(<35)

INDICE DE LIPEMIE
INDICE D'HEMOLYSE
INDICE D'ICTERE

Limpide
Non hémolysé
Non ictérique

13, Angle Avenue Almelia et rue Meziata - Hay Riad
(City Center - ACIMA) - RABAT
Tél : 05 37 71 05 06 / 05 37 57 23 23 - Fax : 05 37 71 50 60
E-mail : contact@laboriad.ma - Site-Web : www.laboriad.ma



**Urgences
24H - 7J/7**





Dr Jalil ELATTAR
Médecin Biogiste

مركز التحاليل الطبية الرياض

CENTRE DE BIOLOGIE RIAD

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

2312272041 – Mme Wiam ABOU EL HOUDA

Page 2 / 3

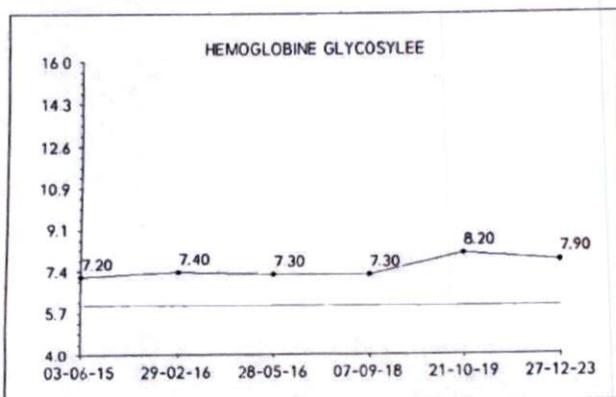
21-10-2019

8.2

HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE
(Technique HPLC TOOSOH)

7.9 %

(4.0-6.0)



Interprétation des résultats selon la standardisation du NGSP :

- HbA1C entre 4.0 et 6.0 % : intervalle non diabétique
- HbA1C inférieur à 6.5 % : excellent équilibre glycémique (DNID)
- HbA1C inférieur à 7.0 % : excellent équilibre glycémique (DID)
- HbA1C entre 7.0 et 8.0 % : bon équilibre glycémique
- HbA1C à 8 % : Action corrective suggérée

Remarque :

Le dosage de l'HbA1C est réservé au suivi de l'équilibre glycémique chez les diabétiques

21-10-2019

2.56

CHOLESTEROL TOTAL
(Méthode CHOD-PAP Beckman Coulter)

2.04 g/L (<2.00)
5.28 mmol/L (<5.17)

21-10-2019

0.63

HDL - CHOLESTEROL
(Méthode Immuno-inhibition Beckman Coulter)

0.77 g/L (>0.40)
1.99 mmol/L (>1.03)





Dr Jalil ELATTAR
Médecin Biologiste

مركز التحليلات الطبية الرياض

CENTRE DE BIOLOGIE RIAD

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

2312272041 – Mme Wiam ABOU EL HOUDA

Page 3 / 3

21-10-2019

1.93

CHOLESTEROL LDL

(Méthode CHO-PAP Beckman Coulter)

1.30 g/L
3.4 mmol/L

Recommandations AFSSAPS 2005 :

LDL-CHOLESTROL

Doit être <	2,2	g/L	:	Si absence de risque cardio-vasculaire
“ “ <	1,9	g/L	:	Si 1 facteur de risque cardio-vasculaire
“ “ <	1,6	g/L	:	Si 2 facteurs de risque cardio-vasculaire
“ “ <	1,3	g/L	:	Si 3 ou + facteurs de risque cardio-vasculaire
“ “ <	1,0	g/L	:	Si haut risque cardio-vasculaire

Facteurs de risque possibles : Age, tabagisme, HTA, diabète type II, antécédents coronariens

HDL-CHOLESTROL

< 0,40	g/L	:	Facteur de risque cardio-vasculaire
> 0,60	g/L	:	Facteur considéré comme protecteur

21-10-2019

1.26

TRIGLYCERIDES

(Méthode GPO-PAP Beckman Coulter)

1.19 g/L
1.34 mmol/L

(<1.50)
(<1.70)

Conclusion :

Bilan lipidique à interpréter avec le médecin en fonction de la clinique et de la thérapeutique

Gamma G.T.

(Méthode IFCC Beckman Coulter)

13 U/L

(<38)



Demande validée biologiquement par Dr. Jalil EL ATTAR



Urgences
24H-7J/7