

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.

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

M23-0018287

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2504 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : FERIATI ABDELPHADI

Date de naissance : 01/01/1954

Adresse : Lot 7, Babouka 99 Manahedj Rte Asafi

Tél. : 0661149294 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : K. AMINA Age : 59

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 : Manahedj Le : 22/1/2014

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVÉ 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
22/01/2024		CG	GT	
29/01/2024		CG	3000 K	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Diamant Vert Dr. Chirah Mestari Sic. Messag. 24.000.000 Tél. 024 44 84 74 - Gsm. 06 68 13 02 34	29/1/24	589.00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie Diamant Vert Dr. Chirah Mestari Sic. Messag. 24.000.000 Tél. 024 44 84 74 - Gsm. 06 68 13 02 34	22/01/24	600 B	800.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

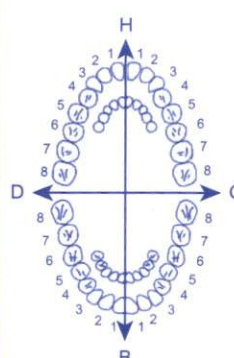
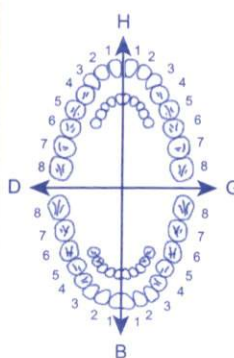
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <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

- Urgences 24h / 7j • Centre de Cardiologie et Maladies Vasculaires
- Centre Ophtalmologie et Chirurgie Refractive • Centre Radiologie • Centre Médical et Chirurgical
- Centre Mère et Enfant • Centre Réanimation et Soins Intensifs • Centre Urologie et Lithotripsie
- Centre Traumatologie • Centre Chirurgie Plastique et Esthétique
- Centre de neurologie et neurochirurgie

• المستعجلات 24h / 7j • مركز أمراض القلب و الشرايين • مركز طب و جراحة العيون • مركز الفحص بالأشعة
 • مركز طبي و جراحي • مركز الأم و الطفل • مركز الإنعاش و العناية المركزة • مركز أمراض المسالك البولية و تفتيت الحصى
 • مركز أمراض و جراحة العظام • الجراحة البلاستيكية و التجميل • جراحة الدماغ و الأعصاب و العمود الفقري

Le 29 / 1 / 2014

KRID Amira

689,00

60,00

1) Odia 4 mg

1cp matin

1cp soir

3 mois

438,00

2) Janumet 50/1000

1cp 2215 3 mois

Pr. Ghizlane EL MGHARI TAEIB
 Endocrinologie, Diabetologie, Nutrition
 et Maladies Métaboliques

394, AVENUE GMASSA (ROUTE DE L'AÉROPORT), MARRAKECH - MAROC

Standard : 05 24 36 86 00 - Facturation : 05 24 36 86 12 - Centre Radiologie : 05 24 36 86 02 - Ophtalmologie : 05 24 36 86 01

Centre Cardiologie : 05 24 36 86 15 - Maternité : 05 24 36 86 14 - Prise en charge : 05 24 36 86 08

Fax 1 : 05 29 80 08 89 - Fax 2 : 05 24 37 33 06 - contact@cliniqueaeroport.com - www.cliniqueaeroport.com

92.00
3)

Climastan Cp 15mg

1 cp KS
1 mois

Pharmacie Diamant Vert
Dr. Samira Meslari
Sidi Bouzid 24 00 11 30 20
Tél: 05 23 34 84 76 - Gsm: 06 68 13 02 34

Maphar
Sd Alkima, N° 6, QJ
Sidi Bernoussi, Casablanca
Climaston 1mg/5mg cp b28

P.P.V : 92.00 DH
6 113001 180546

Dr. Ghizlane EL MGHARLTADIB
Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition
et Maladies Métaboliques

30 comprimés

Odia 4 mg
Glimépiride

05

LOT 230955 1

EXP 03 2026

PPV 68 80



ODIA® 4 mg
30 comprimés
AMM N° 244/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 022183

سوطيما
Sothema



COMPOSITION :

Glimépiride 4 mg
Excipientes : q.s.p. un comprimé.
Lactose

EXCIPIENT À EFFET NOTOIRE :

Lactose

MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION :

Prendre la dose prescrite à jeun, avec un verre d'eau.

MISES EN GARDE SPECIALES ET PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Lire attentivement la notice avant utilisation.

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants.

Titulaire d'AMM/Fabricant :

Laboratoires SOTHEMA

B.P. N° 1, 27182 Bouakoura - Maroc

صاحب رخصة التسويق الصانع :

مختبرات سوطيما

ص.ب. رقم 1, 27182 بوسكورة - المغرب

سوطيما
Sothema



Odia®
Glimépiride

أوضيا® 4 ملغ
كليمبيريد
30 قرصا



التسمية :
كليمبيريد
السواغات : كمية كافية لقرص واحد.
سواغ ذو تأثيرات معروفة، لاكتوز.
كيفية وطريقة الإستعمال :
عن طريق الفم.



التحذيرات الخاصة و احتياطات الإستعمال :
أقرأ النشرة الداعية بدقة قبل الإستعمال.
يحفظ هذا الدواء بعيدا عن مرطبي و متناول الأطفال.
Tableau A (Lien 1) - Uniquement sur prescription
جدار (الأنف) - يجب أن يكون وصفة طبية

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احفظوا الجرعات الموصوفة

E12289D00

Distribué par MSD MAROC.

AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.

P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

- Urgences 24h / 7j • Centre de Cardiologie et Maladies Vasculaires
- Centre Ophtalmologie et Chirurgie Refractive • Centre Radiologie • Centre Médical et Chirurgical
- Centre Mère et Enfant • Centre Réanimation et Soins Intensifs • Centre Urologie et Lithotripsie
- Centre Traumatologie • Centre Chirurgie Plastique et Esthétique
- Centre de neurologie et neurochirurgie

المستعجلات 24h / 7j • مركز أمراض القلب والشرين • مركز طب وجراحة العيون • مركز الفحص بالأشعة
• مركز طبي وجراحي • مركز الأم والطفل • مركز الإنعاش والعناية المركزة • مركز أمراض المسالك البولية وتفتيت الحصى
• مركز أمراض وجراحة العظام • الجراحة البلاستيكية والتجميل • جراحة الدماغ والأعصاب والعمود الفقري

22/01/2024

KARO Amina

HABANE

1)

2) JSH

3) VLD

Pharmacie Laboratoire La Liberté
Dr. BERRADA Azedine
22 JAN. 2024
1, Av. My Hassan Place La Liberté
Marrakech
Tél : 06 24 44 69 51 - 06 62 89 80 09

Pr. Ghizlane EL MCHARI TABIB
Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition
et Maladies Métaboliques

CLINIQUE L'AEROPORT

I.F:15199804 T.P :64623148 RC: 70477
Chirurgie.Médecine.Service Mère-Enfant.Réanimation
Centre d'Urologie.Lithotripsie extra corporelle

F A C T U R E

N° 3 155 / 2024 du 29/01/2024

Nom patient	KRID AMINA	Entrée	Sortie
		29/01/2024	29/01/2024
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
FRAIS CLINIQUE	1,00		50,00	50,00
			Sous-Total	50,00
Total Frais Clinique				50,00
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. EL MGHARI TABIB GHIZLANE (endocrino)	1,00	CS	250,00	250,00
			Sous-Total	250,00
Total prestations externes				250,00

	Total général	300,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : TROIS CENTS DIRHAMS		

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00



NOTE D'HONORAIRES

Le : 29/01/2024

Références 3 155 / PAYANT

Entrée / Sortie : 29/01/2024 - 29/01/2024

Le Dr. EL MGHARI TABIB GHIZLANE

présente à Mme KRID AMINA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
250,00 Dhs DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Pr. Ghizlane EL MGHARI TAEIB
Endocrinologue, Diabétologue Nutrition
et Maladies métaboliques

Cachet et signature

PHARMACIE DIAMANT VERT

29/01/2024

DR SAMIRA MESTARI

COMPLEXE TOURISTIQUE DIAMANT VERT N 3

SIDI BOUZID

Patente : 42161609

NR C : 22222

ID Fiscal : 64124879

ICE : 002313225000061

Fixe : 0523348476

FACTURE

MME KRID AMINA

QUANTITE	DESIGNATION	PRIX UNITAIRE	MONTANT
1	ODIA 4 MG	60.00	60.00
1	JANUMET 50/1000 MG	437.00	437.00
1	CLIMASTON	92.00	92.00
			589.00

Arrêtée la présente facture à la somme cinq cent quatre-vingt-neuf dirhams.

Pharmacie Diamant Vert
Dr Samira Mestari
Sidi Bouzid - 26 ECG El Jaccid
Tel: 05 23 34 84 76 - 05 23 34 84 76

LABORATOIRE LA LIBERTE

Dr. BERRADA Azzedine - Pharmacien Biologiste

Tél : 05 24 44 69 51 - 06 62 89 80 09

Email: labo_liberte@hotmail.com

1, Av. My Hassan Place La Liberté Marrakech - C.P : 40020

ICE : 001656682000069



مختبر الحرية

د. برادة عز الدين - صيدلي أحيائي

الهاتف : 05 24 44 69 51 - 06 62 89 80 09

البريد الإلكتروني : labo_liberte@hotmail.com

1، شارع مولاي الحسن، ساحة الحرية - مراكش - ص.ب : 40020

LABO LIBERTE MARRAKECH TEL 0524446951

FAX 0524423229

PAT 45114020 TVA 208223 RC 41748 IF 68960490 INP 073002214

FACTURE N°2201031

FACTURE ANALYSE N°2201031

DATE : 22.01.2024

MME KRID AMINA

DR EL MGHARI

ANALYSES

HBAIC B100 TSH B200 VITD B300 PC1.34

MONTANT 800.00DH SOIT 600B

HUIT CENTS DH



LABORATOIRE LA LIBERTE

Dr. BERRADA Azzedine - Pharmacien Biologiste

Tél : 05 24 44 69 51 - 06 62 89 80 09

Email: labo_liberte@hotmail.com

1, Av. My Hassan Place La Liberté Marrakech - C.P : 40020

ICE : 001656682000069



مختبر الحرية

د. برادة عز الدين - صيدلي أحيائي

الهاتف : 05 24 44 69 51 - 06 62 89 80 09

البريد الإلكتروني : labo_liberte@hotmail.com

1، شارع مولاي الحسن، ساحة الحرية - مراكش - ص. ب : 40020

Dossier No 2201 031 du 22/01/2024 à 11h54
Prélèvement Effectué au Laboratoire
Edité le: 22/01/2024

Mme KRID AMINA

Date de naissance : 09/06/1965

Medecin Dr. EL MGHARI

Résultats complets

MARRAKECH, le 22/01/2024

BIOCHIMIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

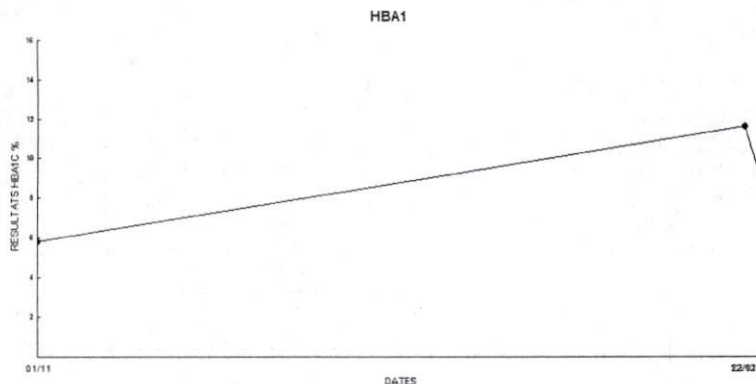
H.B.A.1.C 9,1 %
(TOSOH G7, Technique HPLC)

(Normale : de 2.5 à 6)
(Diabète équilibré : 6 à 7)
(Diabète déséquilibré : >7)

REMARQUE :

analyse à interpréter en tenant compte d'un C.V. intersériel de 3%

Selon les recommandations ANAES, un dosage de microalbuminurie est préconisé au moins une fois par an sur urines du matin.



HORMONOLOGIE

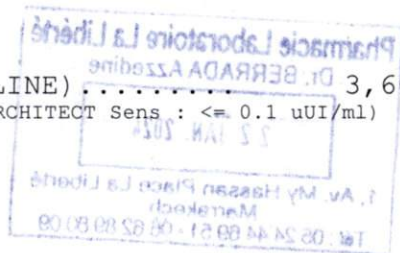
VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

TSH (THYREOSTIMULINE) 3,660
(Technique CMIA sur ARCHITECT Sens : <= 0.1 uUI/ml)

mUI/l (N : 0.25 à 5)

12/12/23 : 0.780



Dossier No 2201 031 du 22/01/2024 à 11h54
Prélèvement Effectué au Laboratoire
Edité le: 22/01/2024

Mme KRID AMINA
Date de naissance : 09/06/1965
Medecin Dr. EL MGHARI

Résultats complets

MARRAKECH, le 22/01/2024

Dosage vitamine D (D2+D3).....
(mini-VIDAS BIOMERIEUX)

Soit

43,2 ug/l (N : 30-70)
108,0 mmol/l (N : 75 -125)

12/12/23 : 12.0



Dr Azeddine BERRADA EL AZIZI

Nom: KRID

Barcode: 32201031

Rack: 0003

Position: 01

N° Echantillon: 00013

Prénom: AMINA

Plateau théo.: 1004

Operator:

Analyzer: GX

Flag & Comment: 35 RT sA1c out

Date de naissance: 09/06/1965

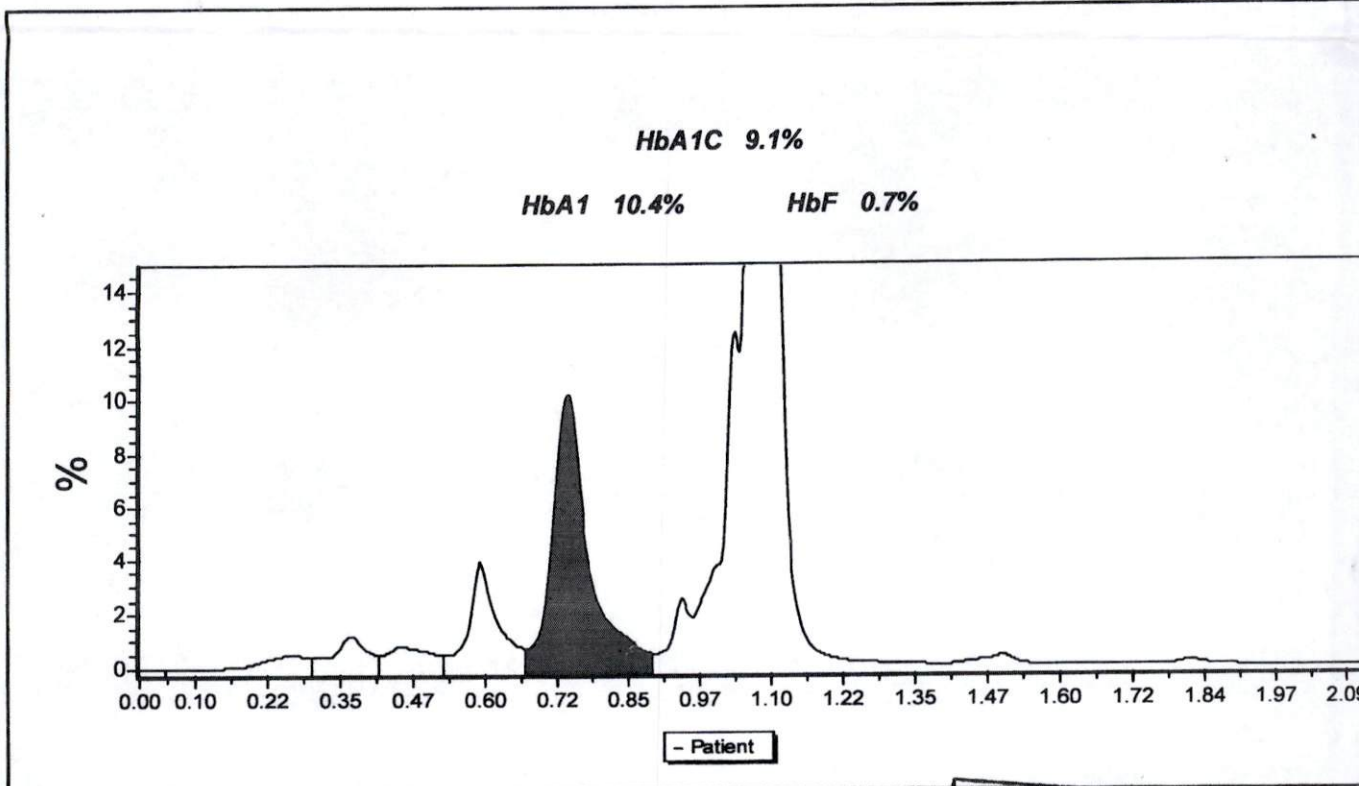
Date of analysis: 22/01/2024

Paramètre	Valeur %	Temps min.	Area	Total Area	Y=(Ax+B)
A1A	0.5%	0.26	6.66	1 433.7	
A1B	0.8%	0.36	11.64		
F	0.7%	0.45	10.44		
LA1C+	2.3%	0.59	32.46		
SA1C	9.1%	0.74	105.56		
A0	88.4%	0.94	1 266.92		

Element	Factor-A	Factor-B
1	1.1189	0.8878

Analyzer: GX
Serial Nb.: 123456789
Soft. Version: 1.22
UIN: Analyzer UIN

Variant method



Pharmacie Laboratoire La Liberté
Dr. BERRADA Azzedine
22 JAN. 2024
1, Av. My Hassan Place La Liberté
Marrakech
Tel: 06 24 44 69 51 - 06 62 89 80 09