

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, extraction 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

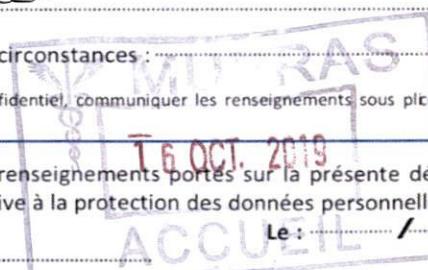
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>6987</u> Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>EL RHAYTI Laâbi</u>			
Date de naissance : <u>01/01/1948</u>			
Adresse <u>Im N° 40 R^d ANOUAL Q. Des Hôpitaux Casab</u>			
Tél. : <u>0661416961</u> Total des frais engagés : <u>2734,6</u>			
Cadre réservé au Médecin			
Dr. Siham IDRISSI ABOULAHJOU Spécialiste : Endocrinologie - Diabétologie Nutrition - Obésité 49, Angle 2 Mars et Victor Hugo - 2 ^e Etage N°8 Casa Tél: 05.22.22.22.41 / Fax: 05.22.22.44.48			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>24/07/2019</u>			
Nom et prénom du malade : <u>EL rhayti Laâbi</u> Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
Nature de la maladie : <u>maladie</u>			
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'adjudicataire du dossier.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je n'ai pas pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : 

ACCUEIL
16 OCT. 2019

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
24.07.2029	Ce	3000D8	INP : 09122668726	Siram IDRISSI ABOU LAZARIS Spécialiste Endocrinologie - Diabétologie Nutrition - Clinique Hugo 2 ^e Etage N°8 C-23 3522224141 / Fax : 3522224141

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	24.07.18	1374,6

ANALYSES - RADIGRAPHIES

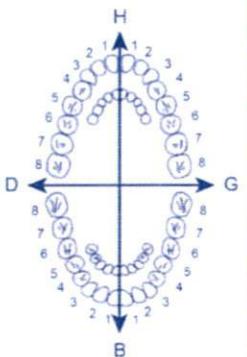
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABO ALI MOUNIR Docteur ALI Mounir 93, Boulevard Anouar INPE: 93061391 - TP: 36336941	24.07.18	B 270	10.60 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

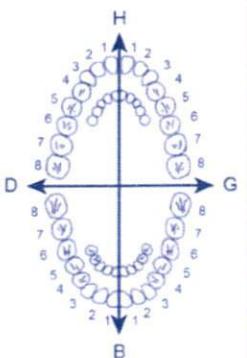
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur SIHAM IDRISI ABOULAHJOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques

Diplômé de Paris:

Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Endocrinologie et Métabolisme

Diplôme de Thyroïdologie

Diplôme de Nutrition et Diététique

Capacité de traitement par pompe à insuline, Insulinothérapie fonctionnelle

Diabète - Cholestérol - Hypertension artérielle - Hyper et hypocalcémie

Hormones - troubles et retard de croissance et de puberté

Thyroïde - Goître - Hypophyse - Surrénales

Trouble du cycle menstruel - Stérilité du couple

Obésité - Régimes personnalisés - Maigreur

Prise en charge nutritionnelle après chirurgie bariatrique

Conseils diététiques : femme enceinte, sujet âgé, sportif

دكتور سهام ابراهيم أبو الحجول

السكري



6 118001 031092

أمراض الأيض

GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390,00 DH

نضغط الدم - فرط ونقص
النمو والبلوغ

24 juil

44,70

Mr. EL RHAYTI LARE
Casablanca, Le

~~1/ GALVUS MET 50/1000~~

1 Cp matin et 1Cp le s

~~2/ DIAMICRON 60 MG~~

1 cp et demi le matin à avant le repas, 3 n

~~3/ LANTUS SOLOSTAR : 10 UI le soir , 3 Mois~~

~~4/ AIGUILLES MICROFINE 8 MM + BR~~

1 Boite

DIAMICRON® 60 mg

Gliclazide

60 Comprimés sécables à Libération Modifiée

44,70

DIAMICRON® 60 mg

Gliclazide

30 Comprimés sécables à Libération Modifiée

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat-R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Lantus Solostar 100U/ml inj

b1 sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH



6 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat-R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Lantus Solostar 100U/ml inj

b1 sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH



6 118001 081608

Sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat-R.P.1.

Ain sebaâ Casablanca

Lantus Solostar 100U/ml inj

b1 sty 3ml

P.P.V : 152,50 DH



6 118001 081608

49, Avenue 2 Mars (angle Victor H)

E-mail : dr.sihamidrissi@gmail.com

Tél.: (+212) 5 222 222 41 - C

Fabriqué au Maroc par MediGlobal®
22 Lot Mauritanie, ZI Ain Sebaâ
Casablanca Maroc
Tél : 05 22 34 32 49 - Fax : 05 22 66 26 55
E-mail : mediglobal@mediglobal.ma



MAROC



COREE DU

48 - 10

لیکے
درہ مکو

FACTURE N° : 1907242042

Casablanca le 24-07-2019

Mr Larbi EL RHAYTI

Demande N° 1907242042

Date de l'examen : 24-07-2019

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSA	Prélèvement sang adulte	E25	E
0106	Cholestérol total	B30	B
0108	Cholestérol H D L	B50	B
0109	Cholestérol L D L	B50	B
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0134	Triglycérides	B60	B
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B
0241	Cytologie, culture, identification	B90	B
0242	Antibiogramme	B60	B
0484	Microalbumine de 24H par immunonephélemétrie	B120	B

Total des B : 770

TOTAL DOSSIER : 1060 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille soixante dirhams

LABORATOIRE G Lab
 Docteur FILALI Mounir
 93, Boulevard Anoual
 INPE: 93061091 - TP: 36336941

Edition le Lundi 23 Septembre 2019 à 16:47

Dr. Siham IDRISI ABOULAHJOU
49, Avenue 2 Mars 2 ème Etage N8
20000 CASABLANCA

Mr Larbi EL RHAYTI
40 BD ANOUAL ETG 1 QU DES HOPITAUX
20000 CASABLANCA

Résultats de Mr Larbi EL RHAYTI
Né(e) le 01-01-1948
Dossier : 1907242042

Prélevé le : 24-07-2019 à 09:32 par Amina GHFARA
Dossier enregistré le: 24-07-2019 à 10:33
Compte-rendu annule et remplace le rapport du 25-07-2019

Intervalles de référence Antériorités

INFORMATION PATIENT

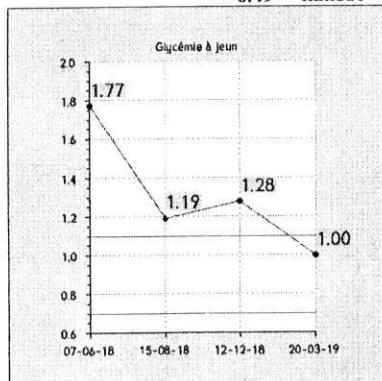
Vos résultats d'analyses sont disponibles sur le site <http://www.glab.ma> à la rubrique "Serveur des Résultats".

Identité du patient :***Identité du patient contrôlée sur papiers officiels*****BIOCHIMIE SANGUINE****Glycémie à jeun**

(Colorimétrique, INDIKO Plus)

1.17 g/l
6.49 mmol/l

(0.70–1.10)
(3.89–6.11)



LABORATOIRE G Lab
Docteur FILALI Mounir
Dossier validé biologiquement par : Docteur Iham BOURZIK
93, Boulevard Anoual
INPE: 93061091 - TP: 36336941

Page 1 / 4

20-03-2019

HbA1c :

(Méthode H.P.L.C, Tosoh GX)

9.4 %

(4.0-6.0)

8.5

Intervalles de références selon l'ANAES :

4.0 – 6.0 % : état non diabétique ou diabète très bien équilibré.

6.1 – 6.5 % : diabète bien équilibré.

6.6 – 8.0 % : diabète à surveiller. Modification du traitement à envisager en fonction de l'état clinique et du résultat du prochain contrôle d'HbA1c.

Sup. à 8 % : diabète non équilibré. Modification du traitement recommandé si un résultat équivalent est retrouvé lors du prochain dosage.

Cholestérol total

(Enzymatique, INDIKO Plus)

2.73 g/l
7.06 mmol/l(<2.00)
(<5.17)*Intervalles de référence (ANAES) :*

- Recommandé : < 2 g/l (5.2 mmol/l)
- Limites maximales : 2 à 2,40 g/l (5.2 à 6.2mmol/l)

Triglycérides

(Enzymatique, INDIKO Plus)

0.52 g/l
0.58 mmol/l(<1.50)
(<1.68)**Cholestérol-HDL**

(Enzymatique, INDIKO Plus)

0.58 g/l
1.50 mmol/l(>0.40)
(>1.03)**Cholestérol-LDL**

(Enzymatique, INDIKO Plus)

2.09 g/l
5.41 mmol/l(<1.60)
(<4.14)*Recommendations AFSSAPS 2005: "Objectif Thérapeutique" LDL-C :*

Risque Cardio-Vasculaire préexistant	LDL Maximum conseillé
En absence de risque Cardio-Vasculaire	2.2 g/l soit 5.7 mmol/l
Avec 1 facteur de risque C.V	1.9 g/l soit 4.9 mmol/l
Avec 2 facteurs de risque C.V	1.6 g/l soit 4.1 mmol/l
Avec 3 ou + facteurs de risque C.V	1.3 g/l soit 3.4 mmol/l
Haut risque Cardio-Vasculaire	1.0 g/l soit 2.6 mmol/l

Créatinine

(Cinétique, INDIKO Plus)

10.3 mg/L
91.1 µmol/l(<13.0)
(<115.0)**Transaminases GOT (ASAT)**

(Enzymatique, INDIKO Plus)

18 U/l

(<40)

Transaminases GPT (ALAT)

(Enzymatique, INDIKO Plus)

16 U/l

(<55)

Gamma G.T

(Enzymatique, INDIKO Plus)

20 U/l

(12-64)

LABORATOIRE G Lab
Docteur FILALI Mounir
 93, Boulevard Anoual
 INPE: 93061091 TP: 36336941

Dossier validé biologiquement par : Docteur Iiham BOURZIK

1907242042 – Mr Larbi EL RHAYTI- né(e) le 01-01-1948

BIOCHIMIE URINAIRE

	20-03-2019		
Volume des urines :	3.00	l	1.90
Soit un débit :	2.08	ml/mn	1.32
Microalbumine : (Immunoturbidimétrie, NycoCard)	18	mg/l	(<30) 40
Microalbumine de 24h: (Immunoturbidimétrie, NycoCard)	54	mg/24h	76

CYTOBACTERIOLOGIE URINAIRE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Recueil	Au Laboratoire
Traitements ATB en cours ?	Donnée inconnue du LAM
Antibiotique :	Donnée inconnue du LAM
Aspect	CLAIR
Couleur	JAUNE

CHIMIE

Glucosurie	Négative
Albumine	Négative
Sang	Recherche négative
corps cétoniques	Recherche négative
Nitrite	Recherche négative
pH	6.0

EXAMEN AU DIRECT

Numération des Leucocytes	0 /mm ³	(<10)
Numération des Hématoïdes	2 /mm ³	(<5)
Cellules épithéliales	Absence de cellules épithéliales.	
Cristaux	Absence de cristaux.	
Cylindres	Absence de cylindres.	
Levures	Absence	
Trichomonas vaginalis	Absence	

LABORATOIRE G Lab

Docteur FILALI Mounir

93, Boulevard Anoual

Dossier validé biologiquement par : Docteur Ilyan BOUHRIZIK

(NPE: 93061091 - TP: 36336941)

Page 3 sur 4

COLORATION

Coloration de Gram

Absence de germes.

EXAMEN APRES CULTURES

Numération des germes

Absence de germes.

Identification

(Culture sur milieu d'enrichissement chromogène)

CONCLUSION

Culture stérile après 24h.

NB: Le laboratoire ne réalise les antibiogrammes qu'en cas d'infection urinaire possible ou avérée.