

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

caire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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

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.

RAS : 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° P19-0041264

NR° 24 195

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8482

Société : R A M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MOULGOMRI Justapher

Date de naissance : 4.3.58

Adresse : même

Tél. : 0661928624

Total des frais engagés : 680,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Age :

☒ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 08/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]



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**

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre
A M P C I M I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan

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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

OMNIPRATICIEN

Diplôme universitaire en diabétologie

Diplôme universitaire en Diététique médicale et Nutrition

Diplôme universitaire en échographie clinique

Faculté de Médecine Montpellier France

ELECTROCARDIOGRAMME

Membre de la Société Francophone du Diabète
sur rendez-vous

الطب العام

دبلوم جامعي في مرض السكري

دبلوم جامعي في الحمية الطبية والتغذية

دبلوم جامعي في الفحص بالصدى

من كلية الطب مونبوليسي - فرنسا

التخطيط الكهربائي للقلب

عضو الجمعية الفرونكوفونية لمرض السكري
بالموعد

Casablanca, le 27 FEV. 2020 في الدار البيضاء,

Mme Kandil Mina

LABORATOIRE EL KHALIL
Dr. Hoda OUALI ALAMI
Médecin Biologiste
32, Rue Moulay Idriss, Hay Baladia, Casablanca, Morocco
Tél: 05 22 80 91 91 - Fax: 05 22 80 91 91

Glycémie
HSA
TSH
TG
CT LM HM

LABORATOIRE EL KHALIL
Mme KANDIL Mina

Né(e) le : 01-01-1968 F

2003020069
A coller sur l'ordonnance

LABORATOIRE EL KHALIL
Dr. Hoda OUALI ALAMI
Médecin Biologiste

32, Rue Moulay Idriss, Hay Baladia, Casablanca, Morocco
Tél: 05 22 80 91 91 - Fax: 05 22 80 91 91

Dr. Hassan CHAHID
OMNIPRATICIEN - Endocrinologue
D.U. en Diabétologie
146, Rue Moulay Idriss, Hay Baladia
(au dessus de la pharmacie Hay El Baladia)
Tél: 05 22 80 91 91



Date du prélèvement : 02-03-2020

Code patient : 1510160028

Né(e) le : 01-01-1968 (52 ans)



Mme Mina KANDIL

Dossier N° : 2003020069

Prescripteur : Dr HASSAN CHAHID

BIOCHIMIE SANGUINE

20-06-2019

Glycémie à jeun

(Technique enzymatique- AU 480 BECKMAN)

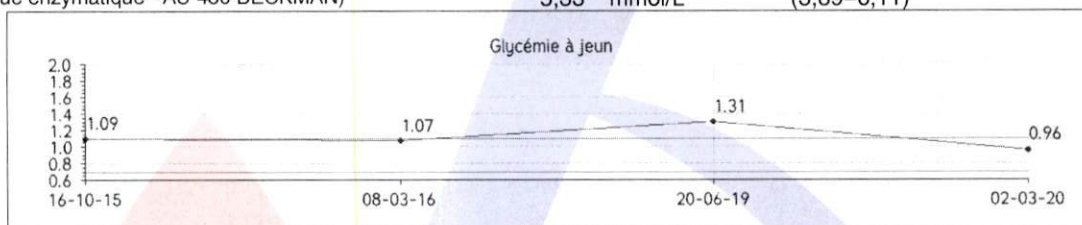
0,96 g/L

(0,70-1,10)

1,31

5,33 mmol/L

(3,89-6,11)



22-06-2019

Hémoglobine glyquée (HbA1c)

(Tosoh Biosciences GX - HPLC)

6,7 %

(4,0-6,0)

6,8

Variant Hémoglobine

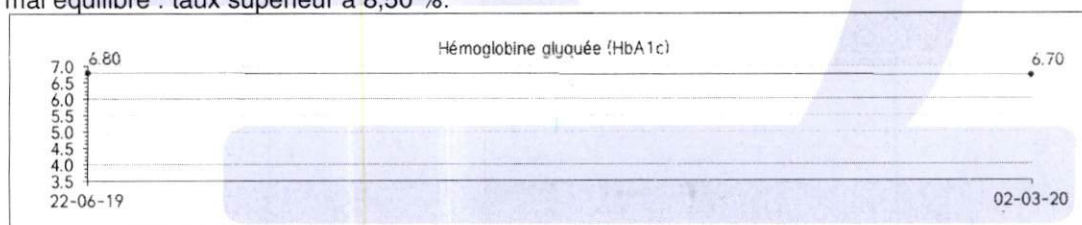
Absence de variant d'hémoglobine

Valeurs de référence :

Sujet normoglycémique : 4,00 à 6,00 % de l'hémoglobine totale.

Sujet diabétique équilibré : objectif ciblé autour de 6,50 %.

Diabète mal équilibré : taux supérieur à 8,50 %.



LABORATOIRE EL KHALIL
Dr. Hoda OUALI ALAMI
Médecin Biologiste
252, Boulevard El Khalil, Hay Moulay Abdellah, Ain Chock, Casablanca
Tél : 05 22 52 62 52 / Fax : 05 22 21 10 90 - E-mail-1 : labo.elkhalil@gmail.com / E-mail-2 : h.oualialami@gmail.com
Patente : 34044010 - LE : 15214802 - CNSS : 1204201 - D.C. : 101712 - 05 22 52 62 52

Date du prélèvement : 02-03-2020 – 2003020069 – Mme Mina KANDIL

20-06-2019

Triglycérides

(Dosage enzymatique – AU 480 BECKMAN)

2,15 g/L (0,35–1,50)

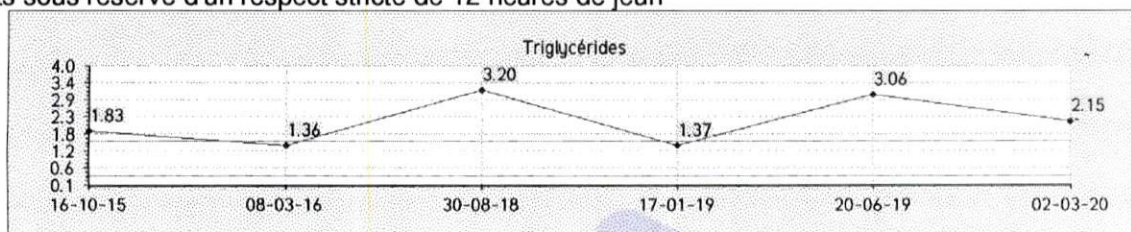
(0,35-1,50)

3,06

2,45 mmol/L (0,40–1,71)

(0,40–1,71)

Résultats sous réserve d'un respect stricte de 12 heures de jeûn



20-06-2019

Cholestérol total

(Dosage enzymatique – AU 480 BECKMAN)

3.05 g/l (1,30–2,00)

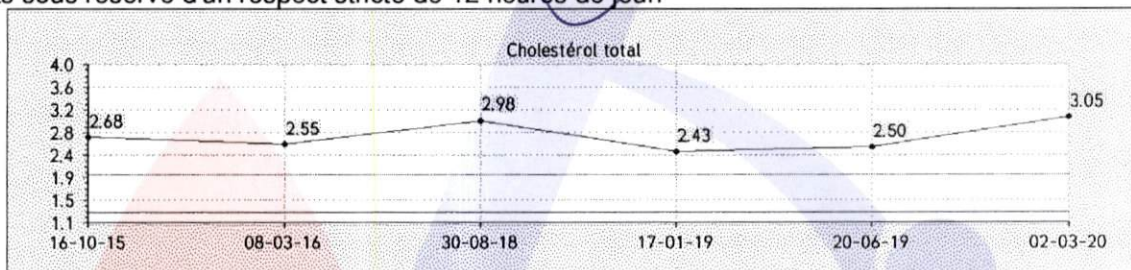
(1,30-2,00)

2.50

7,89 mmol/L (3,36–5,17)

(3,36-5,17)

Résultats sous réserve d'un respect stricte de 12 heures de jeûn



20-06-2019

HDL-Cholestérol

(Dosage enzymatique -AU 480 BECKMAN)

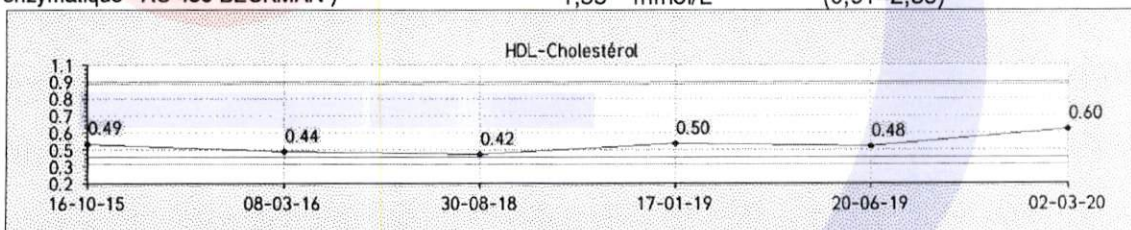
0,60 q/L (0,35–0,92)

 $(0,35-0,92)$

0.48

1,55	mmol/L	(0,91–2,38)
------	--------	-------------

(0,91-2,38)



LABORATOIRE EL KHALIL
Dr. Nade OUALI ALAMI
Médecin Généraliste

252, 9415 Main, 1 or 2 days, Ray Monday Address, No Check, Cash
Tel: 05 22 52 62 52 / 05 22 21 10 90 - Fax: 05 22 21 10 90



Date du prélèvement : 02-03-2020 – 2003020069 – Mme Mina KANDIL

LDL-Cholestérol

(Calculé selon la formule de Friedwald.)

2,02 g/L
5,22 mmol/L

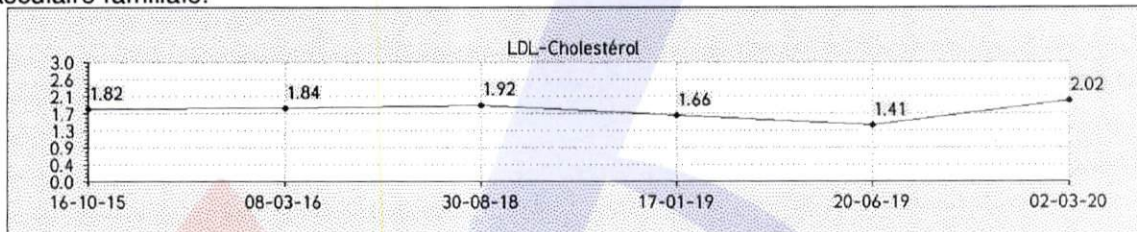
20-06-2019

1,41

Valeurs cibles du LDL-Cholestérol selon les recommandations ANSM:

- 0 Facteur de risque : LDL < 2,20 g/L (5,70 mmol/L)
- 1 Facteur de risque : LDL < 1,90 g/L (4,90 mmol/L)
- 2 Facteurs de risque : LDL < 1,60 g/L (4,14 mmol/L)
- Plus de 2 facteurs de risque : LDL < 1,30 g/L (3,36 mmol/L)
- Antécédent de maladie cardiovasculaire avérée : LDL < 1,00 g/L (2,58 mmol/L)

Facteurs de risque : Diabète, Tabac, HTA, Obésité, Age > 60 ans, HDL < 0,40 g/L, Sédentarité, ATCD de maladie cardiovasculaire familiale.



BILAN ENDOCRINIEN

TSH Ultra-sensible

(Technique Chimiluminescence Beckman Coulter)

0,864 mUI/L

(0,250–5,600)

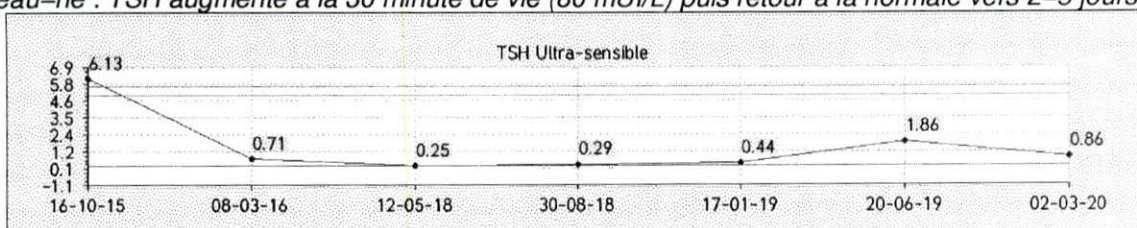
20-06-2019

1,858

Valeurs de référence:

Tranche d'âge	TSH(mUI/L)
0 à 1 mois	0,70 à 18,10
1 à 12 mois	1,12 à 8,21
1 à 5 ans	0,80 à 6,25
6 à 10 ans	0,80 à 5,40
11 à 14 ans	0,70 à 4,61
15 à 18 ans	0,50 à 4,33
> à 19 ans	0,25 à 5,00
Femme enceinte 1er Trimestre	0,05 à 3,70
Femme enceinte 2eme Trimestre	0,31 à 4,35
Femme enceinte 3eme Trimestre	0,41 à 5,18

- Hyperthyroïdie : TSH < à 0,15 mUI/L
- Hypothyroïdie : TSH > à 7,00 mUI/L
- Nouveau-né : TSH augmente à la 30 minute de vie (80 mUI/L) puis retour à la normale vers 2-5 jours.



LABORATOIRE EL KHALIL
Dr. Hoda OUALI ALAMI
Médecin Biologiste
252, Boulevard El Khalil, Hay Moulay Abdellah, Ain Chock, Casablanca
Tél : 05 22 52 62 52 / Fax : 05 22 21 10 90 - E-mail-1 : labo.elkhalil@gmail.com - E-mail-2 : h.oualialami@gmail.com
Patente : 34046060 - I.F. : 15214902 - CNSS : 10014001



مختبر الخليل للتحليلات الطبية و البيولوجية

LABORATOIRE EL KHALIL D'Analyses Médicales et Biologiques

Biochimie - Bactériologie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Oncologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie - Spermiologie

Dr. Hoda OUALI ALAMI

Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

د. هدى الوالي العلمي

INPE :



093061166

FACTURE N° : 2003020069

Casablanca le 02-03-2020

Mme Mina KANDIL

Demande N° 2003020069

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
0118	Cholestérol total	B30	B
	Cholestérol HDL	B50	B
	LDL - Cholesterol	B50	B
	Triglycérides	B60	B
	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0163	TSH	B250	B

Total des **B** : 570

TOTAL DOSSIER : 680.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : **six cent quatre-vingts dirhams**

LABORATOIRE EL KHALIL
Dr. Hoda OUALI ALAMI
Médecin Biologiste
252, Bd. EL KHALIL, Hay My Abdellah, Ain Chok, Casablanca
Tél : 0522526252 / 052211090 - Fax : 052211090

252, Bd. EL KHALIL , Hay My Abdellah, Ain Chok, Casablanca- Tél : 0522526252 / FAX: 0522211090

E-Mail : labo.elkhalil@gmail.com - Patente N : 34046060 - I.F.N : 15214903 - CNSS : 4204096

ICE : 001603906000091