

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.

iologie 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.

ique :

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

éducation :

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.

ntaire :

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

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 caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4244 Société : MS = 3661

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TAHRI Abdelkabir

Date de naissance : 19/07/56

Adresse :

Tél. : 0666708919 Total des frais engagés : 740,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

29 JUN. 2020

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Dikhni Aicha Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 : _____ / _____ / _____

Signature de l'adhérent(e) : Qahmi

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
06 MAI 2020	6.05.20	550/5	740,90

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
Diagramme dentaire (Dents 1 à 8)	Montants des Soins			
Diagramme dentaire (Dents 1 à 8)	Début d'Execution			
Diagramme dentaire (Dents 1 à 8)	Fin d'Execution			
Diagramme dentaire (Dents 1 à 8)	Coeficient des Travaux			
Diagramme dentaire (Dents 1 à 8)	Montants des Soins			
Diagramme dentaire (Dents 1 à 8)	Date du devis			
Diagramme dentaire (Dents 1 à 8)	Date de l'Execution			

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

Dr. Loubna RACHOUI

Médecine Générale - Echographie

الدكتورة لبني غشوي

الطب العام - الفحص بالصدى

Diplôme de Diabétologie de la Faculté Médecine Montpellier

Diplôme Universitaire de formation complémentaire en Gynécologie

et Obstétrique en Médecine Générale

Diplôme en DIETETIQUE Médicale de la Faculté Médecine Montpellier

دبلوم أمراض السكري من جامعة مونبولي

دبلوم جامعي في أمراض النساء و متابعة الحمل

دبلوم أمراض السمنة والتغدية من جامعة مونبولي

Casablanca le 06/05/2020 الدار البيضاء في

N° M. TAHRI ATCHTA

1) Coq / fibroc

2) TShus

3) Clarence creatinin MBD

4) Microalbumin 24h

Dr. Loubna RACHOUI
Téléphone : 05 22 93 11 25
Fax : 05 22 93 11 25

الهاتف : 0522 93 11 25

Lot Mly Thami n°6 1er Etage Au dessus de la Banque Société Générale-OULFA-CASABLANCA
جزنة مولاي التهامي رقم 6 الطابق الأول فوق بنك الشركة العامة الألفة - الدار البيضاء

LABORATOIRE LA LIBERTE
Dr. BERRADA Azzedine
Pharmacien Biologiste

Tél : 05 24 44 69 51 - Fax : 05 24 42 32 29
C.P : 40020 - Place La Liberté Marrakech



مختبر الحرية
د. برادة عز الدين
صيدلي أحياني

الهاتف : 05 24 44 69 51 - الفاكس : 05 24 42 32 29
ص.ب 40020 - ساحة الحرية مراكش - ICE : 001656682000069

LABO LIBERTE MARRAKECH TEL 0524446951 FAX 0524423229
PAT 45114020 TVA 208223 RC 41748 IF 68960490 INP 073002214

FACTURE N° 0605011

FACTURE ANALYSE N° 0605011

DATE : 06.05.2020

MME TAHRI AICHA

DR RACHOUI

ANALYSES

GLY HBAIC MDRD MICR TSH 550B PC 1.34

MONTANT 740.00 DH

SEPT CENTS QUARANTE DH



Tél : 05 24 44 69 51 - Fax : 05 24 42 32 29
C.P : 40020 - Place La Liberté Marrakech



الهاتف : 05 24 42 32 29 - الفاكس : 05 24 44 69 51
ص.ب 40020 - ساحة الحرية مراكش - ICE : 001656682000069

Dossier No 0605 011 du 06/05/2020 à 11h40
Prélèvement Effectué au Laboratoire
Edité le: 07/05/2020

Mme TAHRI AICHA
Date de naissance : 15/01/1970
Medecin Dr. LOUBNA RACHOUI

Résultats complets

MARRAKECH, le 07/05/2020

BIOCHIMIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

GLYCEMIE A JEUN..... 1,28 g/l (N : 0.70-1.10)
(Methode glucose PAP) 7 mmol/l

H.B.A.1.C 6,0 %
(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. interserial de 3%

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

ESTIMATION DE LA CLAIRANCE A LA CREATININE PAR LA FORMULE DE MDRD :

- FORMULE DE MDRD : **94 ml/mn/1.73m²**

VALEUR DE REFERENCE > OU = 60 ml/min/1.73m²

INTERPRETATION :

DE 30 à 59ml/min/1.73m ²	: INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE MODEREE
DE 15 à 29ml/min/1.73m ²	: INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE SEVERE
< 15ml/min/1.73m ²	: INSUFFISANCE RENALE TERMINALE

CHIMIE URINAIRE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

MICROALBUMINURIE DE 24H..... 16,0 mg/l (N < à 30 mg/l)
soit 29,6 mg/24h

Diurèse 1 850 ml/24h

0605011

Prélèvement

du 06/05/2020 à 11h40

Dossier No 0605 011 du 06/05/2020 à 11h40
Prélèvement Effectué au Laboratoire
Edité le: 07/05/2020

Mme TAHRI AICHA
Date de naissance : 15/01/1970
Medecin Dr. LOUBNA RACHOUI

Résultats complets

MARRAKECH, le 07/05/2020

HORMONOLOGIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

TSH (THYREOSTIMULINE) 1,030 mUI/l (N : 0.25 à 5)
(Technique CMIA sur ARCHITECT Sens : <= 0.1 uUI/ml)



Dr Azeddine BERRADA EL AZIZI

Nom: TAHRI
Barcode: 30605011
Rack: 0002
Position: 01
N° Echantillon: 00002

Prénom: AICHA
Plateau théo.: 852
Operator:
Analyzer: GX
Flag & Comment: 05 Filter count

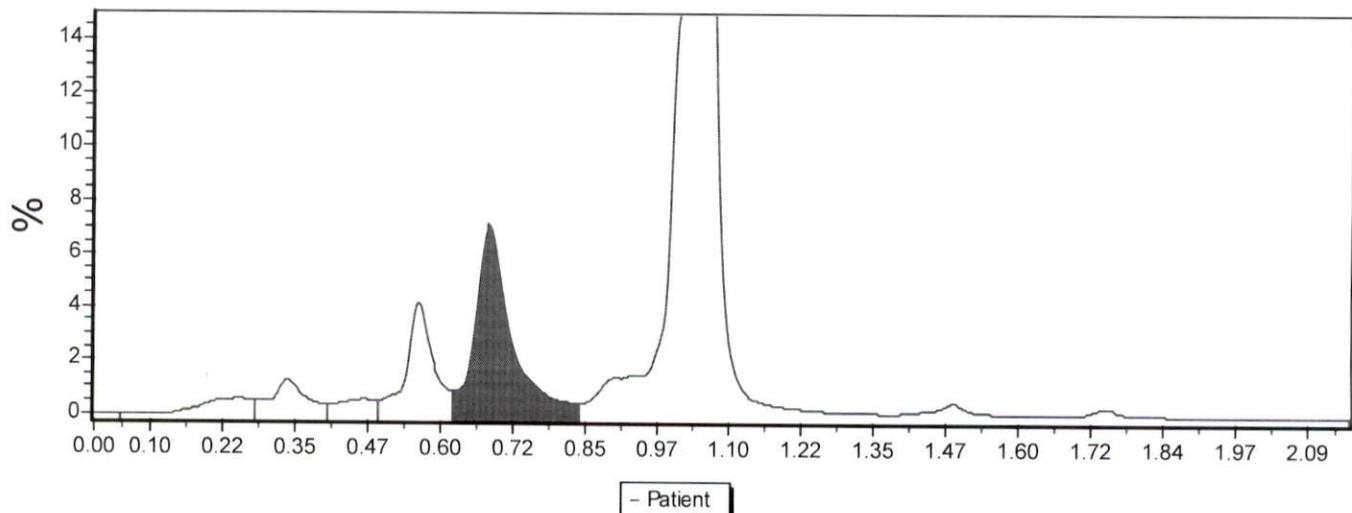
Date de naissance: 15/01/1970
Date of analysis: 06/05/2020

Paramètre	Valeur %	Temps min.	Area	Total Area	$Y=(Ax+B)$
A1A	0.6%	0.25	10.55	1 917.2	
A1B	0.9%	0.33	16.51		Element Factor-A Factor-B
F	0.4%	0.46	8.1		1 1.1146 0.3350
LA1C+	2.2%	0.56	42.73		
SA1C	6.0%	0.68	97.86		
A0	90.8%	1.03	1 741.48		

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

HbA1C 6.0%

HbA1 7.4% HbF 0.4%



- Patient

Dr. Dr. Laboratoire Liberté
Tél: 05 24 42 32 29
INPT - Tunisie
07/002214