

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.

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

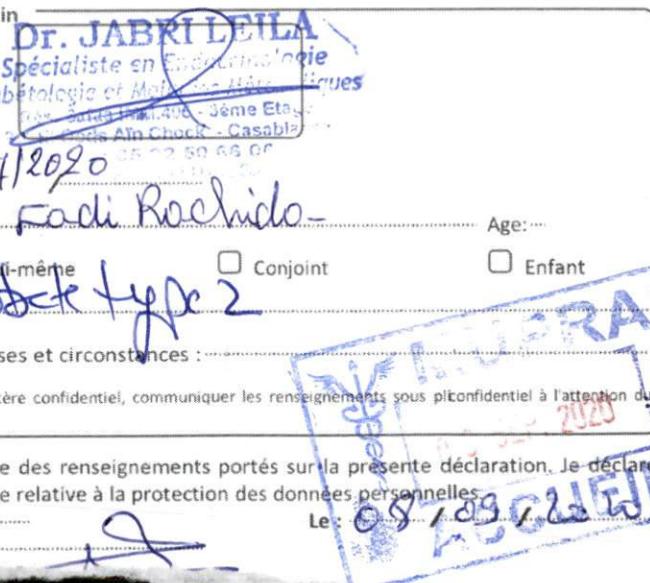
Déclaration de Maladie

N° W19-443981

ND: 39162



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4968	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : FADI HAFID			
Date de naissance : 19104163			
Adresse : RESIDENCE ECHANAFIMA DB6 AIN CITACIC CASA			
Tél. : 066139262 Total des frais engagés : 200.41294.80 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
<p>Cachet du médecin : </p>			
Date de consultation : 25/07/2020			
Nom et prénom du malade : Fadi Rachida Age: 63			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Diabète type 2			
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 : RAM

Le : 05/09/2021

Signature : 

Le : 05/09/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
25/01/2020	Consultation	3000.00	3000.00	INP : INPE 0931660
				JABRI LE 10/01/2020 En Urologie 3eme Etage Casablanca

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ACH-CHARAF Dr. Bouchra TAOUDI Coopérative Ac-chafaf, N° DMZ Hay Inara, Hadjdaouia - CASA Tél. : 05 22 21 64 09	25/17/2010	1294.80

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

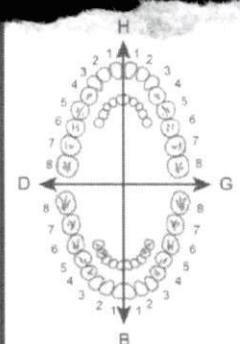
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

The diagram shows a 10x10 grid of circles. The grid is bounded by a black cross (top, bottom, left, right). The grid contains the following numbers:

- Row 1: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10
- Row 2: 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9
- Row 3: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2
- Row 4: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3
- Row 5: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4
- Row 6: 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5
- Row 7: 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6
- Row 8: 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
- Row 9: 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
- Row 10: 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9

Central to the grid is a large letter 'H' symbol.

00000000 00000000
35633411 11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

EFFICIENT ES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS ES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT EXECUTION	<input type="text"/>
FIN EXECUTION	<input type="text"/>
EFFICIENT ES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS ES SOINS	<input type="text"/>
DATE DU DEVIS	<input type="text"/>
DATE DE EXECUTION	<input type="text"/>
DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

Docteur JABRI Leila

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie

Maladies Métaboliques

Diplômée de la Faculté
de Médecine de NICE

Diplômée en Echographie
Thyroidienne - Université Paris Descartes

الدكتورة جبري ليلى

اختصاصية في مرض السكري

أمراض الغدد الصم - أمراض الايض

خريجة كلية الطب بنينس بفرنسا

حاصلة على دبلوم الفحص بالصدى
للغدة الدرقية

25 Juillet 2020

Casablanca, le الدار البيضاء في

Mme FADI RACHIDA

$10.40 \times 12 = 124.80$

1/ METFORMINE WIN 500 MG

$390.00 \times 3 = 1170.00$ 2 co Matin et 2 Soir pendant 3 mois après le repas

2/ Galvus cp 50 mg

1 Matin 1 Midi pendant 3 mois au milieu du repas

1294.80

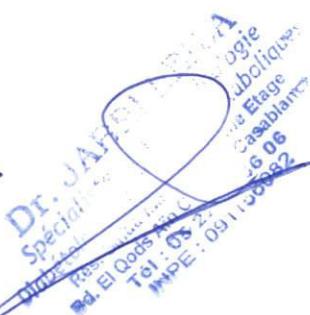
PHARMACIE ACH-CHARAF

Dr. Bouchra TAOUDI

Coopérative Ac-charaf, N° DM2

Hay Inara, Haddaouia - CASA

Tél. : 05 22 21 64 09



شارع القدس إقامة الصفا تجزئة السكن الاننيق عمارة 405 رقم 18 الطابق الثالث الدار البيضاء

Bd El Qods, Résidence SAFFA, lotissement Assakan Al Anik, Imm 405 - 3ème étage N° 18 - Casablanca

Tél.: 05 22 50 66 06 - Email : diabeto.jabri@gmail.com

METFORMINE WIN 500MG

CP PEL 830

P.P.V : 10DH40

LOT : 20E010
PER.: 02/2023

6 113000 062127



METFORMINE WIN 500MG

CP PEL 830

P.P.V : 10DH40

LOT : 20E010
PER.: 02/2023

6 113000 062127



METFORMINE WIN 500MG

CP PEL 830

P.P.V : 10DH40

LOT : 20E010
PER.: 02/2023

6 113000 062127



METFORMINE WIN 500MG
CP PEL 830

LOT :20E010
PER.:02/2023

P.P.V :10DH40

6 113000 062127



METFORMINE WIN 500MG

CP PEL 830

P.P.V : 10DH40

LOT : 20E010
PER.: 02/2023

6 113000 062127



METFORMINE WIN 500MG

CP PEL 830

P.P.V : 10DH40

LOT : 20E010
PER.: 02/2023

6 113000 062127



METFORMINE WIN 500MG

CP PEL 830

P.P.V : 10DH40

LOT : 20E010
PER.: 02/2023

6 113000 062127



METFORMINE WIN 500MG

CP PEL 830

P.P.V : 10DH40

LOT : 20E010
PER.: 02/2023

6 113000 062127



METFORMINE WIN 500MG
CP PEL 830

LOT :20E010
PER.:02/2023

P.P.V :10DH40



6 113000 062127

METFORMINE WIN 500MG

CP PEL 830

P.P.V : 10DH40

LOT : 20E010
PER.: 02/2023

6 113000 062127



METFORMINE WIN 500MG

CP PEL 830

P.P.V : 10DH40

LOT : 20E010
PER.: 02/2023

6 113000 062127



METFORMINE WIN 500MG

CP PEL 830

P.P.V : 10DH40

LOT : 20E010
PER.: 02/2023

6 113000 062127





6118001031030

Galvus® 50 mg 

Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH





6118001031030

Galvus® 50 mg 

Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH





6118001031030

Galvus® 50 mg 

Boite de 60 comprimés.

PPV : 390 DH



Mme CHAKI Rachida Ep Fadi

Dossier N° :210720-021

Page : 2/2

ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

				Valeurs Usuelles	Antériorité
SGOT/ASAT aspartate aminotransférase (Cinétique UV/Beckman Coulter AU480)	:	15,45	U/L	(Inférieur à 35)	
SGPT/ALAT alanine-aminotransférase : (Cinétique UV/Beckman Coulter AU480)	:	10,12	U/L	(Inférieur à 35)	
GGT (Gamma glutamyl transférase) (Test de coloration cinétique/Beckman Coulter AU480)	:	23,63	UI/l	(Inférieur à 38)	

ANALYSES URINAIRES

		Valeurs Usuelles	Antériorité
CLAIRANCE APPROCHEE DE LA CREAT FEMME OU FILLETTE			
CREATININE (Méthode Jaffe./Beckman Coulter AU480)	: 6,75 mg/l 59,40 µmol/l	(5,1 - 9,5) (44,88 - 83,6)	
AGE DU PATIENT (NB. D'ANNEES)	: 59,00 Ans		
Clairance créat selon MDRD femme MDRD = <i>Modification of Diet in Renal Disease</i>	: 90,00 ml/min	(80 - 120)	
Chez l'homme = $186 \times (\text{créatinine } (\mu\text{mol/l}) \times 0,0113)^{-1,154} \times \text{âge}^{-0,203}$			
x 1,21 pour les sujets d'origine africaine			
x 0,742 pour les femmes			

Clairance créat /Estimation du DFG:CKD EPI 96,00 ml/min
 Le débit de filtration glomérulaire (DFG), exprimé en mL/min/1,73 m²,
 il doit être estimé à partir de la créatininémie par l'équation CKD-EPI
 (Chronic Kidney Disease Epidemiology collaboration, Levey, 2009).

Classification des stades d'évolution de la maladie rénale chronique

Stade	DFG (mL/min/1,73 m ²)	Définition
1	= 90	Maladie rénale chronique* avec DFG normal ou augmenté
2	Entre 60 et 89	Maladie rénale chronique* avec DFG légèrement diminué
3A	Entre 45 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée
3B	Entre 30 et 44	//
4	Entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
5	< 15	Insuffisance rénale chronique terminale

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement

Dr. Mohamed BENAZZOUZ

Dr. Marianne HAOUANE



Compte rendu d'analyses

Demandé par Dr : JABRI LEILA

Bd El Qods Résidence SAFAA, Lotissement Assakan Al Anik Imm 405
3ème étage N° 18 Casablanca
Tél : 0522506606 Fax :

Casablanca

Édité le : 21/07/2020

Mme CHAKI Rachida Ep Fadi

Date naissance: 18/03/1961

Code Patient : 19-05771

MUPRAS PY100%

Dossier créé le : 21/07/2020

Patient prélevé le : 21/07/2020

INPE GENELAB : 093001394

INPE Bio : 097163968

IF : 51485800

Réf : 210720-021



Heure création: 8:23

Heure Plvt : 8:39 ± 15 min

Page : 1/2

ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

GLYCEMIE à jeun

(Enzymatique UV/Beckman Coulter AU480)

: 1,48 g/l (0,7 - 1,1) 1,44 (17/01/20)
8,21 mmol/l (3,89 - 6,11) 1,25 (02/10/19)

HEMOGLOBINE GLYQUÉE

(Technique : HPLC/D10 DE BIORAD)

: 6,30 % (4 - 6) 6,20 (17/01/20)

➤ Pour un Diabète de type 2 :

→ traité par antidiabétiques oraux,

le taux d'HgA1c doit être < à 6,5% (ou 7% selon le type de traitement)

→ traité par insuline,

le taux d'HgA1c doit être < à 7%.

→ du sujet très âgé,

le taux d'HgA1c doit être < à 8%

➤ Pour un Diabète de type 1,

le taux d'HgA1c doit être compris entre 7 et 7,5%.

Attention, ces chiffres varient en fonction du type de diabète, du traitement, de l'âge et des complications

UREE

(Cinétique UV/Beckman Coulter AU 480)

: 0,33 g/l (0,17 - 0,43) 1,44 (17/01/20)
5,50 mmol/l (2,5 - 8,34) 1,25 (02/10/19)

CREATININE

(Méthode Jaffe./Beckman Coulter AU480)

: 6,75 mg/l (5,1 - 9,5) 6,20 (17/01/20)
59,40 µmol/l (44,88 - 83,6) 5,90 (02/10/19)

CHOLESTEROL TOTAL

(M. Enzymatique colorimétrique/Beckman Coulter AU480)

: 1,75 g/l (Inférieur à 2) 2,00 (02/10/19)
4,52 mmol/l (3,63 - 5,18)

HDL-CHOLESTEROL

(M. homogène directe immunologique/Beckman Coulter AU480)

: 0,57 g/l (0,4 - 0,7) 0,57 (02/10/19)
1,47 mmol/l (1,03 - 1,8)

LDL- CHOLESTEROL (Selon la formule de Friedewald)

NB : Valeurs à interpréter en fonction des données cliniques

: 0,86 g/l (Inférieur à 1,6) 1,10 (02/10/19)
2,22 mmol/l (Inférieur à 4,12)

TRIGLYCERIDES

(M. Enzymatiques/Beckman Coulter AU480)

: 1,62 g/l (Inférieur à 1,5) 1,67 (02/10/19)
1,85 mmol/l (Inférieur à 1,71)

NB : Le prélèvement a été réalisé après s'être assuré des bonnes conditions de prélèvement.

Cependant, nous tenons à rappeler que le non-respect strict du délai de jeûne, peut (chez certaines personnes prédisposées) donner des valeurs élevées, significatives en comparaison avec l'historique du patient de :

-Triglycerides (++)

-Cholesterol total(+-).

A savoir :

*Régime normo-lipidique durant les 3 jours qui précédent le prélèvement

*Un jeûne d'au moins 12 h

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

شارع أم الربيع ، اللافة . (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) . إقامة أبواب أم الربيع - عمارة "س" . الدرالبيضا

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm. C - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 00108410900068 - ت.م : 35051078 - Patente : 05 22 93 10 61 - Fax : 0676 84 52 02 - Site web : www.Lbmgelab.com

الفاكس : 097163968 - الهاتف : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - Gsm Whatsapp : 0676 84 52 02

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - Gsm Whatsapp : 0676 84 52 02 - Site web : www.Lbmgelab.com