

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 canaux, 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 canaux.

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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0042997

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6798

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BEDRI HAMED

Date de naissance : 28-12-1967

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 06.62.01.48.11 Total des frais engagés : 782,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Spécialiste en Endocrinologie-Diabétologie
et Maladies Métaboliques
Résidence Partagée, Bd. Med Douzane Im. 8 Etage 2
Appt. 7 - Sidi O. Hammam - Casa - Tél. 05 22 55 55 30

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06 / 03 / 2023

Nom et prénom du malade : EL HOUCINI ES-SAADIA Age : 52 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection endocrinienne

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 : BORDJ le : 08 / 03 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
06/03/2023	CS		3000Ls	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	06/03/23	199.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07.03.23		285,00.Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

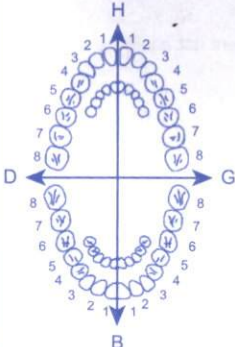
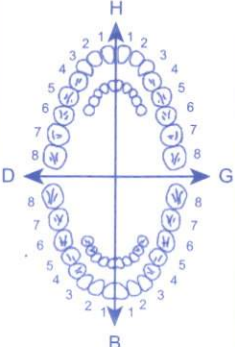
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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		CCEFFICIENT 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

Docteur Laila MAHDAOUI

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie
et Maladies Métaboliques

- Diabète - Cholestérol
- Hormones - Troubles de Croissance ou de Puberté
- Thyroïde - Hypophyse - Surrénales
- Pied Diabétique
- Conseils Diététiques

الدكتورة ليلى مهداوي

اختصاصية في أمراض الغدد، أمراض السكري
و اضطراب الهرمونات

- أمراض السكري - كولسترول
- الهرمونات - اضطراب النمو أو البلوغ
- الغدة الدرقية - الغدة النخامية - الغدة الكظرية
- علاج مشاكل الأرجل لدى مرضى السكري
- نصائح في التغذية

بالموعد

الدار البيضاء، في 06/03/2023

Mme EL HOUENI

13,40

1 - Levothyrox 50 µg CP

1/2 - 0 - 0

puis 1 - 0 - 0

2 - Hydrocortisone 10 mg CP

35,12 - 0 - 0

1 CP 12h

49,60

3 - 0 - 0

99,00

4 - Magnésium CP

0 - 0 - 1



6 118001 102013

Levothyrox® 50µg,

Comprimés sécables B/30

PPV: 13,40 DH

ral use

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Q1,
Sidi Bernoussi, Casablanca

Hydrocortisone 10mg b/25 c

P.P.V : 35,10 DH



6 118001 182909

Comprimés sécables

PPV: 49,60 DH

LOT: 22127

EXP: 09/2025

Magnésium

MBA5 0725 30

LOT PER B6

99,00

فرحتين 8، شارع محمد بوزيان، الطابق الثاني، الشقة 7

05.22.55.55.30 : الهاتف - الدار البيضاء - المغرب

151, Résidence Farhatine 8, Bd Mohamed Bouziyane, 2ème

(En Face Maroc Télécom) - Casablanca - Tél. : 0522.55.55.30 -

E-mail : dr.lailamahdaoui@gmail.com - ICE : 001745563000062

Docteur Laila MAHDAOUI

Specialiste en Endocrinologie, Diabétologie
et Maladies Métaboliques

الدكتورة ليلي مهداوي

اختصاصية في أمراض الغدد ، أمراض السكري
و اضطراب الهرمونات

- Diabète - Cholestérol
- Hormones - Troubles de Croissance ou de Puberté
- Thyroïde - Hypophyse - Surrénales
- Pied Diabétique
- Conseils Diététiques

- أمراض السكري - كولسترول
- الهرمونات - اضطراب النمو أو البلوغ
- الغدة الدرقية - الغدة النخامية - الغدة الكظرية
- علاج مشاكل الأرجل لدى مرضى السكري
- نصائح في التغذية

بالموعد
تاريخ الفحص غير قابل للتغيير

Casablanca, le 06/03/2023 في الدار البيضاء

Mme ELHOUCINI ES-Saadia

HbA1c	<input type="checkbox"/>	Gàjeun	<input type="checkbox"/>	ASAT,ALAT	<input type="checkbox"/>
Urée, créatinine	<input type="checkbox"/>	Microaluminurie (échantillon matinal)			<input type="checkbox"/>
Clairence créatinine	<input type="checkbox"/>	Ac Urique	<input type="checkbox"/>	CT,HDLc, LDLc, TG	<input type="checkbox"/>
TSHus	<input type="checkbox"/>	T3I	<input type="checkbox"/>	Ac. Anti-TPO	TRAK <input type="checkbox"/>
Thyroglobuline	<input type="checkbox"/>	Ac.anti-Tg	<input type="checkbox"/>	Calcitonine	<input type="checkbox"/>
Ca++, Albumine	<input type="checkbox"/>	Calciurie 24h	<input type="checkbox"/>	ECBU	<input type="checkbox"/>
NFS + Pq	<input type="checkbox"/>	Ferritinémie	<input type="checkbox"/>	VS	<input type="checkbox"/>
PSA	<input type="checkbox"/>	25 OH Vit (D2 + D3)	<input type="checkbox"/>	Tropinines	<input type="checkbox"/>
Cortisol 8H	<input checked="" type="checkbox"/>	Test au synactène 250 µg			<input type="checkbox"/>
Prolactine	<input type="checkbox"/>	Ag Hbs	<input type="checkbox"/>	Ac Anti-H ^{te} C	<input type="checkbox"/>
CRP	<input type="checkbox"/>				

151, إقامة فرحتين 8, شارع محمد بوزيان, الطابق الثاني, الشقة 7

05.22.55.55.30 : الهاتف - الدار البيضاء - الهاتف (أمام إتصالات المغرب)

151, Résidence Farhatine 8, Bd Mohamed Bouziyane, 2^{ème} Etage, App. 7

(En Face Maroc Télécom) - Casablanca - Tél. : 0522.55.55.30 - 0644.14.70.53

ICE : 001745563000062

Dr. Mahdaoui laïla

Date du prélèvement : 07/03/23

Dossier édité le : 08/03/2023

Code Patient : 145083

Mme EL HOUCINI Es-Saadia

Page : 1 / 1



Prélèvement Effectué au Laboratoire

070323 125

ENDOCRINOLOGIE

Valeurs de référence

Antécédents

CORTISOL A 08 HEURES:71,00 ng/ml (37 à 194)

Technique Chemiluminescence sur automate ARCHITECT ABBOTT.

Soit: 195,12 nmol/l (79.0 à 477.8)

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
Dr. Abdelhakim HAYAZINE
Pharmacien Biologiste

INPE 063060990



FACTURE N° : 23002730

BERRECHID : 07/03/2023
Nom et Prénom ... : Madame Es-Saadia EL HOUCINI
Prescripteur : Dr. Mahdaoui laila

Bilan :

CO8 B250+

Montant Net : 285,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Deux cent quatre-vingt cinq Dirhams et zéro centime

Dr. A HAWAZINE

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
BERRECHID
Dr Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste



INPE 063060990