

## 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

- Réclamation : 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

N° W21-674401

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2020 Société : R A M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ASSIDDIKI MOHAMED

Date de naissance : 1950

Adresse : AP 03 imm 47 lot ASSABAM Essakira

Eljadida Essakira

Tél. : 06 99 599596

Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Ag

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Rti 2018 rose

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 : Essakira Le : 03/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-674401

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par 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
31/04/23	C	1	30004	
27/03/23	C	1		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	03.04.23	330,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	07/03/23	VT	35004

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.

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 de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				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			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"/>																
	<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 colspan="2">G</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	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



مصحة الأخوين  
Clinique Al Akhawayn

Aboudmar

22/03/2022  
DR LATIFA ALAHYANE  
Médecin Généraliste  
13, Av. Al Akaba Essaouira  
Tél. : 05 24 78 58 60

NFS

Ferritinémie

DR LATIFA ALAHYANE  
Médecin Généraliste  
13, Av. Al Akaba Essaouira  
Tél. : 05 24 78 58 60

DR LATIFA ALAHYANE  
Médecin Généraliste  
13, Av. Al Akaba Essaouira  
Tél. : 05 24 78 58 60

LABO ABDELKRIM EL KHATABI  
D'ANALYSES MEDICALES  
287, Rue Oued El Makhazen  
Bab Doukhala - Essaouira







مصحة الأخوين  
Clinique Al Akhawayn

03104(2025)

Abou Othmane Ije

283,00

1 - Chondrosulf



PHARMACIE SNOUSSI  
Docteur CH. ZI SNOUSSI Ahmed  
22 Ziguinchor - 23000 Ndiass  
Tél: 05 24 73 26 95

2 - 0 - 4



1H  
3 mois

25,10

2 -

PHARMACIE SNOUSSI  
Docteur CH. ZI SNOUSSI Ahmed  
22 Ziguinchor - 23000 Ndiass  
Tél: 05 24 73 26 95

Furazolidone, per 200mg

1 per 5



1H  
3 mois

29,00

3 -

Cedol, CP

DR. ALA HAYANE  
Médecin Généraliste  
23 Av. Al Akhawayn  
Tél: 05 24 73 58 63

Total: 339,10

2 - 0 - 2

DR. ALA HAYANE  
Médecin Généraliste  
23 Av. Al Akhawayn  
Tél: 05 24 73 58 63

1H  
20j

13, Quartier des dunes, Al Aqaba - 44000 / B.11: PPAL, Essadoul / ص ب 11 / الوكالة الرئيسية للبريد الطبية / 44000 / حي التلال شارع العقبة - 44000  
Tél: 05 24 47 31 44 - 05 24 78 33 87 - Fax: 05 24 47 25 31 - Mail: clinique.akh@gmail.com - 05 24 47 25 31 - الفاكس: 05 24 47 31 44

S.A.R.L. au Capital de 4.500.000 Dhs - TP : 47222968 - RC : 4257 - IF : 20751929 - ICE : 001695981000079

**Validé**

Nom : aboudrare ijja

Sexe : Féminin

ID patient :

Né(e) le :

ID échantillon : 10230327019

Date/heure prélèvement :

Service :

Médecin :

Dosage	Résultat	Unités	Annotations	Limites	Terminé le (date) Terminé à (heure)
Ferritin	138.04	ng/mL			27.03.2023 11:20

Fin du rapport échantillon

Prélèvement du : 27/03/2023 à 09:28

Résultats édités le: 27/03/2023



ABOUDRARE IJJA

Dossier N° 22L520

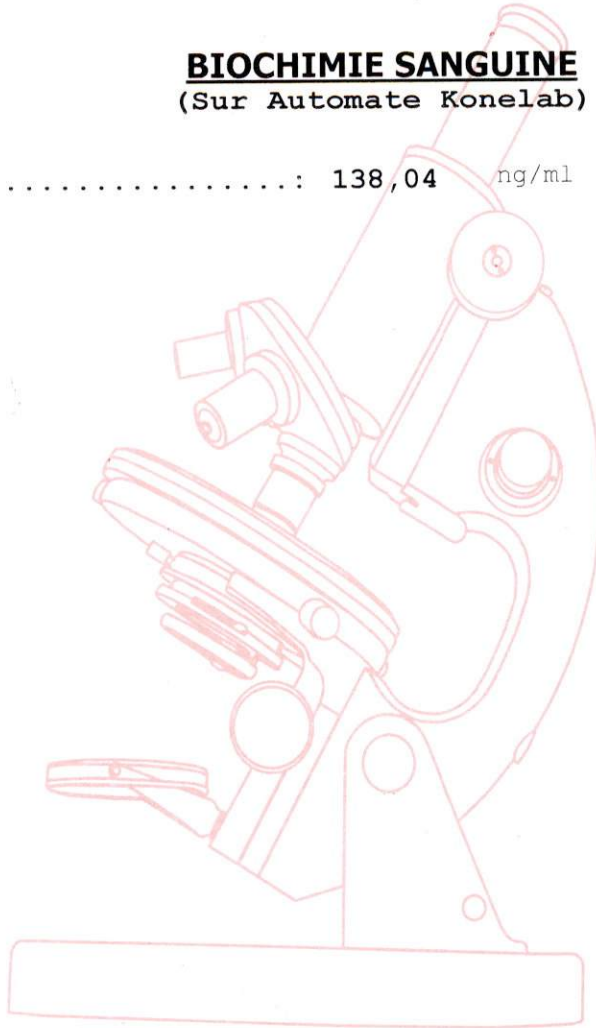
Page: 2/2

**BIOCHIMIE SANGUINE**  
(Sur Automate Konelab)

FERRITINE SERIQUE.....: 138,04 ng/ml

15,00 à 200,00 ng/ml

Total de pages: 2



LABO ABDELKRIM EL KHATABI  
D'ANALYSES MEDICALES  
287, Rue Oued El Makhazen  
Bab Dukkala - Essaouira



## NOTE D'HONORAIRES

ESSAOUIRA LE	03/04/2023	
PATIENT	ABOUDRARE Ijja	
ACTE	MÉDECIN	MONTANT
CONSULTATION -	Dr. ALAHYANE ABDELWAHAB	300,00
TOTAL		300,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : Trois cents dirhams		

DR. IATIKHA ALAHYANE  
Médecin Généraliste  
13, Av. Al Akhawayn - Essaoouira  
Tél : 05 24 78 31 44

Clinique Al Akhawayn  
13 quartier des dunes  
boulevard Al Akhawayn - Essaoouira  
Tél: 05 24 47 31 44



Prélèvement du : 27/03/2023 à 09:28

Résultats édités le: 27/03/2023



ABOUDRARE IJJA

Dossier N° 22L520

Page: 1/2

**HEMOGRAMME**  
(Sur Automate MINDRAY)

**NUMERATION SANGUINE**

GLOBULES BLANCS.....	5 500	/mm <sup>3</sup>
GLOBULES ROUGES.....	3,90	M/mm <sup>3</sup>
HEMOGLOBINE.....	11,2	g/dL
HEMATOCRITE.....	32,4	%
VGM.....	83,2	μ <sup>3</sup>
TCMH.....	28,7	pg
CCMH.....	34,5	g/dL
PLAQUETTES.....	229	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>

Valeurs de référence 05/12/22 - 08:22

4 000 à 10 000	5000
3,8 à 5,4	3,87
12 à 16	11,0
37 à 47	32,1
82 à 98	82,9
27 à 33	28,4
32 à 36	34,3
150 à 400	281

**FORMULE LEUCOCYTAIRE**

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.	55,0	%
Soit	3 025	/mm <sup>3</sup>
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....	2,0	%
Soit	110	/mm <sup>3</sup>
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....	1,0	%
Soit	55	/mm <sup>3</sup>
LYMPHOCYTES.....	35,0	%
Soit	1 925	/mm <sup>3</sup>
MONOCYTES.....	7,0	%
Soit	385	/mm <sup>3</sup>
Total Formule leucocytaire.....	100	

1 800 à 7 500	2500
0 à 500	100
0 à 100	50
1 000 à 4 500	2000
200 à 1 000	350

**FACTURE N° 3908/23**

ESSAOUIRA le  
Nom et prénom  
Référence  
Médecin prescripteur

27/03/2023  
ABOUDRARE IJJA  
22L520

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
NFS. HEMOGRAMME	80
FERRITINE SERIQUE	130
Total du (B)	B 210
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	350,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: **TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS**

LABORATOIRE ABDELKRIM  
EL KHATABI D'ANALYSES MEDICALES  
287, Rue Oued El Makhazen  
Bab Doukkala - Essaouira  
Tél./Fax : 05 24 47 48 00

ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



PPV : 283,00 DH



ÉTUI  
+ PLAQUETTE  
+ NOTICE



Médicament autorisé n° 3400933591731

Titulaire / Exploitant :

IBSA Pharma SAS

Parc de Sophia-Antipolis

Les 3 Moulins - 280, rue de Goa

06600 ANTIBES - France

Fabricant :

IBSA Farmaceutici Italia S.r.l.

Via Martiri di Cefalonia, 2

26900 LODI - Italie

Pantone 375 C  
Pantone 356 C  
Pantone process blue C  
Pantone 294 C  
Grigio 432 C

Médicament

400 mg

**Chondrosulf®**

CHONDROÏTINE SULFATE (ACS<sub>1</sub> - ACS<sub>2</sub>)

Traitement symptomatique à effet différé de

**l'arthrose**

de la hanche et du genou

IBSA

84

gélule/repas