

## 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

- 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

M22- 0030632

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6165 Société : R A M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL Housseini Hilal Mohammed Amine

Date de naissance : 06-08-1963

Adresse : 70 lot Jawahar TANGA

MARRAKECH

Tél : 06 61 98 032 Total des frais engagés : 467.00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Ahmed SAHEL  
Endocrinologie - Diabétologie  
Nutrition  
Rue Yougoslavie Residence Andalous 5 B  
Appt. 1 Marrakech Tél. 05 24 45 75 81

Date de consultation : 23 / 03 / 2023

Nom et prénom du malade : EL Housseini Hilal D Amine Age : 60

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

Nature de la maladie :

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 : Marrakech Le : 18 / 05 / 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
23/03/23			20811	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/03/23	108.00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/03/23	B+AMS	159,000.00

# 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															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Docteur Ahmed SAHEL**

**Médecin Spécialiste**

Endocrinologie - Diabétologie-Nutrition

Ancien Médecin des Forces Armées Royales

Diplômé en Médecine Aeronautique de Paris

Diplômé en Echographie

**الدكتور أحمد ساهل**

**طبيب اختصاصي**

أمراض الغدد و السكري و التغذية

طبيب سابق في صفوف القوات المسلحة الملكية

دبلوم طب الطيران من باريس

دبلوم في الفحص بالصدى الصوتي

Marrakech, le : 23/03/2023

M. EL MASSIM HANNE 17el Annassim



DIPLOME SV

2 g. week 2 g. for 103cm

**DOCTEUR AHMED SAHEL**  
Endocrinologie - Diabétologie  
Nutrition  
Rue Yougoslavie Résidence Andalous 5 B  
Ann. 1. Marrakech - Tél: 05 24 45 75 81  
**INPE : 101102028**

Annexe Résidence Annassim  
Said au  
Résidence Annassim 1 Massira 3  
Marrakech  
Tél: 05 24 45 75 81



**Docteur Ahmed SAHEL**

**Médecin Spécialiste**

Endocrinologie - Diabétologie-Nutrition

Ancien Médecin des Forces Armées Royales  
Diplômé en Médecine Aeronautique de Paris  
Diplômé en Echographie

**الدكتور أحمد ساهل**

**طبيب اختصاصي**

أمراض الغدد و السكري و التغذية

طبيب سابق في صفوف القوات المسلحة الملكية  
دبلوم طب الطيران من باريس  
دبلوم في الفحص بالصدى الصوتي

Marrakech, le : 23/12/2025

M<sup>r</sup> El Houssain EL HACHIMI  
Amir

HbA1c



**Docteur Ahmed SAHEL**  
Endocrinologie - Diabétologie  
Nutrition  
Rue Yougoslavie Résidence Andalous 5 B  
Apt. 1 Marrakech - Tél : 06 54 45 75 81  
**INPE : 101102028**





**Dr. Abdellah ZRIOUIL**

Pharmacien biologiste

- CES de biologie Faculté de Médecine Paris V
- UER de Pharmacie Paris VI
- Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

**الدكتور عبد الله زريويل**

صيدلي إحيائي

- شهادة في البيولوجيا جامعة الطب باريس V
- جامعة الصيدلة باريس VI
- ملحق سابقا بمستشفيات باريس

**FACTURE**

**150550061**

**MARRAKECH LE:**

**23/03/2023**

**NOM ET PRENOM:**

**EL HOSSINI HILAL MOHAMED AMINE**

**PRESCRIPTEUR:**

**DR,SAHEL**

**BILAN:**

HBA1 B 100

**MONTANT NET:**

**159,00FHS**

**soit 100 B**

**CENT CINQUANTE NEUF DH**







**Dr. Abdellah ZRIOUIL**

Pharmacien biologiste

- CES de biologie Faculté de Médecine Paris V
- UER de Pharmacie Paris VI
- Ancien attaché des Hôpitaux de Paris

**الدكتور عبد الله زريويل**

صيدلي إحيائي

- شهادة في البيولوجيا جامعة الطب باريس V
- جامعة الصيدلة باريس VI
- ملحق سابقا بمستشفيات باريس

**Monsieur EL HOSSINI HILAL MOHAMED  
AMIN**

**Dossier No 2303 061 du 23/03/2023 à 10h37**

**Prélèvement Transmis au Laboratoire**

**Prescrit par le Docteur SAHEL**

**Date de naissance : 06/08/1963**

**Prélèvement Effectué par notre Laboratoire**

Page : 1 / 1

**BIOCHIMIE**

**H.B.A.1.C ..... 6,7 %**  
(TOSOH HLC-GX)

12/09/22 : 6.9

(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. intersériel de 3%

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

**LABORATOIRE  
TENSIFT**

Dr ZRIOUIL Abdellah



**Diaformine**  
Metformine

30 comprimés pelliculés  
Voie orale

**b** bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - C  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



060136  
06/13  
100136  
06/13

**Diaformine® 850 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 04 1276

100136  
06/13



**Diaformine**  
Metformine

30 comprimés pelliculés  
Voie orale

**b** bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - C  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



060136  
06/13  
100136  
06/13

**Diaformine® 850 mg**  
Metformine  
30 comprimés pelliculés



6 118000 04 1276

100136  
06/13



**Diaformine**  
Metformine

30 comprimés pelliculés  
Voie orale

**b** bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - C  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



060136  
06/13  
100136  
06/13

**Diaformine® 850 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 04 1276

100136  
06/13



**Diaformine**  
Metformine

30 comprimés pelliculés  
Voie orale



bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - C  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



060136  
06/13  
100136  
06/13

**Diaformine® 850 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 04 1276

100136  
06/13



**Diaformine**  
Metformine

30 comprimés pelliculés  
Voie orale

**b** bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - C  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



060136  
06/13  
100136  
06/13

**Diaformine® 850 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 04 1276

100136  
06/13



**Diaformine**  
Metformine

30 comprimés pelliculés  
Voie orale



bottu s.a.  
82, Allée des Casuarinas - Ain Sebâa - C  
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable



060136  
06/13  
100136  
06/13

**Diaformine® 850 mg**  
Metformine

30 comprimés pelliculés



6 118000 04 1276

100136  
06/13