

## 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, parodontologie 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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'Horizon  
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (6) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-503631

ND: 21142

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08154 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ELMRABTE MHAMED  
Date de naissance : 01/01/65  
Adresse : N° 24 PASSAGE N° 1 HAY WAFIK  
BERRECHID  
Tél : 0666M3130 Total des frais engagés : 504,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

**DR. QUECHIA SIHAM**  
Médecin Généraliste Diabétologue  
Suivi Nutritionnel et Diététique  
RDC Quartier ROYAL Berrechid  
Tél : 05 22 93 07 72

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/01/2020  
Nom et prénom du malade : ELMRABTE MHAMED Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : NSR

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-503631

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :





| 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                                                                                             |
| 22/01/2020                     | CS                | # 150 #               | INP : 06 1834169                | <b>DR. OUBOUHIA SIHAM</b><br>Médecin Généraliste Diabétologue<br>Suivi Nutritionnel et Diététique<br>RDG Quartier LAYALI Berrechid<br>Tél : 05 22 03 07 72 |
|                                |                   |                       |                                 |                                                                                                                                                            |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                                                         |            |                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur                                                            | Date       | Montant de la Facture |
| Pharmacie ISM<br>Maria DJEDDI<br>PHARMACIENNE<br>P. Lelouchement W. Boucha<br>343, T. 61-02555171 | 22/01/2020 | 194,9086              |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES                            |            |                              |                        |
|-----------------------------------------------------|------------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| Laboratoire<br>SEKAT<br>Réception<br>Le...          | 22/01/2020 |                              | 160,00                 |

| 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.

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES                                                                                              |                                                                                        |                  |                                                   |                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------------------|-------------------------|
| Le praticien est prie de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins                         |                                                                                        |                  |                                                   |                         |
| Important :<br>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 : 06 1834169        |
|                                                                                                                             |                                                                                        |                  |                                                   | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                                                                                                                             |                                                                                        |                  |                                                   | MONTANTS DES SOINS      |
|                                                                                                                             |                                                                                        |                  |                                                   | DEBUT D'EXECUTION       |
|                                                                                                                             |                                                                                        |                  |                                                   | FIN D'EXECUTION         |
|                                                                                                                             |                                                                                        |                  |                                                   |                         |
|                                                                                                                             |                                                                                        |                  |                                                   |                         |
|                                                                                                                             |                                                                                        |                  |                                                   |                         |
|                                                                                                                             |                                                                                        |                  |                                                   |                         |
|                                                                                                                             |                                                                                        |                  |                                                   |                         |
|                                                                                                                             |                                                                                        |                  |                                                   |                         |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES                                                                                                  | DETERMINATION DU COEFFICIENT                                                           |                  |                                                   |                         |
|                                                                                                                             | MASTICATOIRE<br>35533411 11433255<br>35533411 11433255                                 |                  | COEFFICIENT DES TRAVAUX                           |                         |
|                                                                                                                             | [Creation, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la prothèse |                  | MONTANTS DES SOINS                                |                         |
|                                                                                                                             |                                                                                        |                  | DATE DU DEVIS                                     |                         |
|                                                                                                                             |                                                                                        |                  | DATE DE L'EXECUTION                               |                         |
|                                                                                                                             |                                                                                        |                  |                                                   |                         |
|                                                                                                                             |                                                                                        |                  |                                                   |                         |
|                                                                                                                             |                                                                                        |                  |                                                   |                         |
|                                                                                                                             |                                                                                        |                  |                                                   |                         |
|                                                                                                                             |                                                                                        |                  |                                                   |                         |
|                                                                                                                             |                                                                                        |                  |                                                   |                         |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS                                                                              |                                                                                        |                  | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION |                         |

**Docteur Siham OUBOUHIA**

**Médecine Générale**

Lauréate de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca

Diabétologue

Education nutritionnelle du diabétique

Gynécologie, suivi de grossesse

Echographie

Electrocardiogramme

**الدكتورة سهام أوبوها**

**الطب العام**

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في مرض السكري، كلية الطب بالدار البيضاء

التغذية العلاجية لمرضى السكري

أمراض النساء و تتبع الحمل

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب



**Ordonnance**

Berrechid, le 22/01/2020

Nom.Prénom : EL MRABIE M'hamed

1) Amarel 2mg

$51,10 \times 3 = 153,30$

2/5



LOT: 8MA006  
CP B30  
P.P.V: 51DH10  
PER: 02 2021

AMAREL 1M  
CP B30

P.P.V: 51DH10



6 118000 060024

AMAREL 1MG  
CP B30

P.P.V: 51DH10



6 118000 060024

LOT: 8MA007  
CP B30  
P.P.V: 51DH10  
PER: 09 2021

AMAREL 1MG  
CP B30

P.P.V: 51DH10



6 118000 060024

2) Glucophage 500mg

$20,80 \times 2 = 41,60$

0-0-2 apr



194,90

20,80

20,80

(H 3 Mai)

Pharmacie ISIS  
MARIJA OUEB  
PHARMACIENNE  
143, Lotissement Wafiq-Berrechid  
Tél: 022.55.34.11

**DR. OUBOUHIA SIHAM**  
Médecin Généraliste Diabétologue  
Suivi Nutritionnel Diabétique  
RDC du Centre Layall Berrechid  
05.22.03.03.72 06.69.51.16.18  
sihamoubouhia@gmail.com

برشيد (قرب مدرسة المذاهب) -  
N° 58, Rez de chaussée, quartier Layall Berrechid

05.22.03.03.72 06.69.51.16.18

sihamoubouhia@gmail.com



**Docteur Siham OUBOUHIA**

**Médecine Générale**

Lauréate de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casabanka

Diabétologue

Education nutritionnelle du diabétique

Gynécologie, suivi de grossesse

Echographie

Electrocardiogramme

**الدكتورة سهام أوبوها**

**الطب العام**

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

دبلوم جامعي في مرض السكري، كلية الطب بالدار البيضاء

التغذية العلاجية لمرضى السكري

امراض النساء و تتبع الحمل

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب



## Ordonnance

Berrechid, le. 22. / 01. / 2020

Nom.Prénom : ...ELMRABTE Mohamed

1) HBA<sub>1c</sub>

2) Urée, Créat.

LABORATOIRE  
SEKKAT  
Reception  
Le.....

**DR. OUBOUHIA SIHAM**  
Médecin Généraliste Diabétologue  
Suivi Nutritionnel et Diététique  
RDC Quartier LAYALI Berrechid  
Tél : 05 22 03 07 72

58, الطابق السفلي، حي ليالي (قرب مدرسة المذاهب) - برشيد

N° 58, Rez de chaussée, quartier Layali- Berrechid

☎ 05.22.03.07.72 ☎ 06.69.51.16.18

✉ sihamoubouhia@gmail.com

# Laboratoire Sekkat d'analyses médicales

Docteur Mohamed Sekkat  
Médecin Biologiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Yousser II, intersection rue Mohamed V et rue  
Moqawama, à coté de BMCE bank, Berrechid  
Tél. : 05 22 51 77 81 / Email : [laboratoiresekkat@gmail.com](mailto:laboratoiresekkat@gmail.com)  
Urgences : 06 25 63 42 71

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -  
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

## Facture

N° facture : 20-0597

Patient : Mr ELMRABTE M'hamed

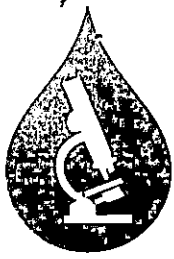
Edité le : 22/01/2020

Date prélèvement : 22/01/2020

| Analyses            | Valeur en B | Montant |
|---------------------|-------------|---------|
| Urée                | 30          | 30,00   |
| Créatinine          | 30          | 30,00   |
| Hémoglobine glyquée | 100         | 100,00  |
| Total B             | 160         | 160,00  |
| APB                 | 1,0         | 0,00    |
| Majoration de garde |             |         |
| Total               |             | 160,00  |

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent soixante dirhams\*\*\*

LABORATOIRE  
SEKKAT  
Réception  
Le.....



# LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

ΒΙΟΧΗΜΕΙΑ ΟΡΓΑΝΟΛΟΓΙΑ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Dr. Mohamed SEKKAT  
Médecin Biologiste

Biochimie – Hématologie – Virologie – Bactériologie – Parasitologie – Mycologie –  
Immunologie – Hormonologie – Toxicologie – Biologie de la reproduction

Pvt du: 22/01/2020 à 10:39

Mr ELMRABTE M'hamed

Edition du: 22/01/2020

Né(e) le: 01/01/1965

Dossier N°: 220120-103

Page: 1/1

## BIOCHIMIE - (BECKMAN COULTER AU 480)

|                          |   | Valeurs Usuelles | Antériorité  |
|--------------------------|---|------------------|--------------|
| Urée                     | : | 0,32 g/L         | (0,18 - 0,5) |
| (Technique: Uréase/GLDH) |   | 5,33 mmol/L      | (3 - 8,34)   |
| Créatinine               | : | 9,60 mg/L        | (6 - 12)     |
| (Technique: Enzymatique) |   | 85 μmol/L        | (53 - 106)   |

## HEMATOLOGIE (BIORAD / D-10)

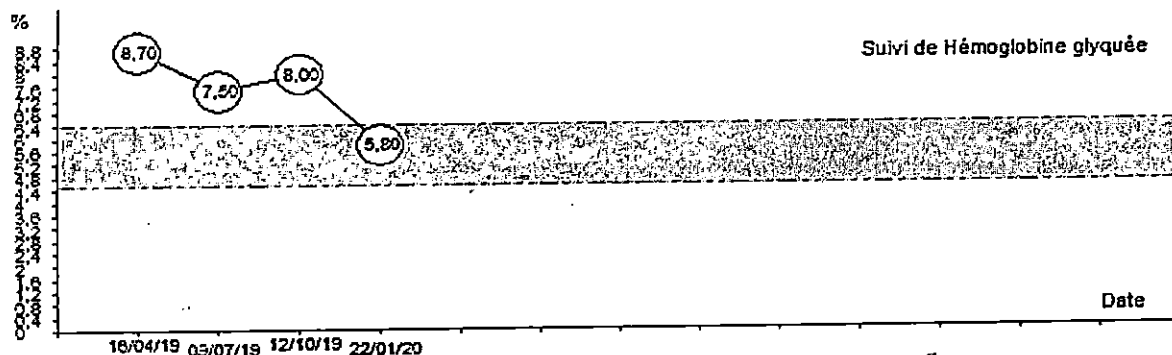
|                          | Valeurs Usuelles | Antériorité |
|--------------------------|------------------|-------------|
| HÉMOGLOBINE GLYCOSYLÉES: | 5,80 %           | (4,5 - 6,4) |

N.B : Situations qui surestiment le dosage de l'HbA1c :

- hypertriglycémie, - insuffisance rénale/hyperurémie (Hb carbamylée),
- déficit en fer, vitamine b12, folates, - splénectomie, - abus d'opiacés, d'alcool ou d'acide acétylsalicylique,
- hyperbilirubinémie, - présence d'hémoglobine fœtale (Hbf), - ethnie (Africain/Africain-Américain).

Les situations qui sous-estiment le dosage de l'HbA1c :

- vitamines C et E, - maladie hépatique chronique, - hémodialyse, - hémolyse,
- transfusion sanguine, - présence d'HbS et C, - splénomégalie, - médicament...



LABORATOIRE SEKKAT  
D'Analyses Médicales  
Lot EL Youssef n° 12 Berrechid

# Rapport de patient

Bio-Rad  
D-10  
N° Série: #DJ7L637204  
Id. de l'échantillon :  
Date d'injection  
N° d'injection : 29  
N° de portoir : ---

DATE : 22/01/2020  
HEURE : 14:49  
Version Logiciel : 4.30-2  
2220120103  
22/01/2020 14:00  
Méthode : HbA1c  
Position du portoir : 9

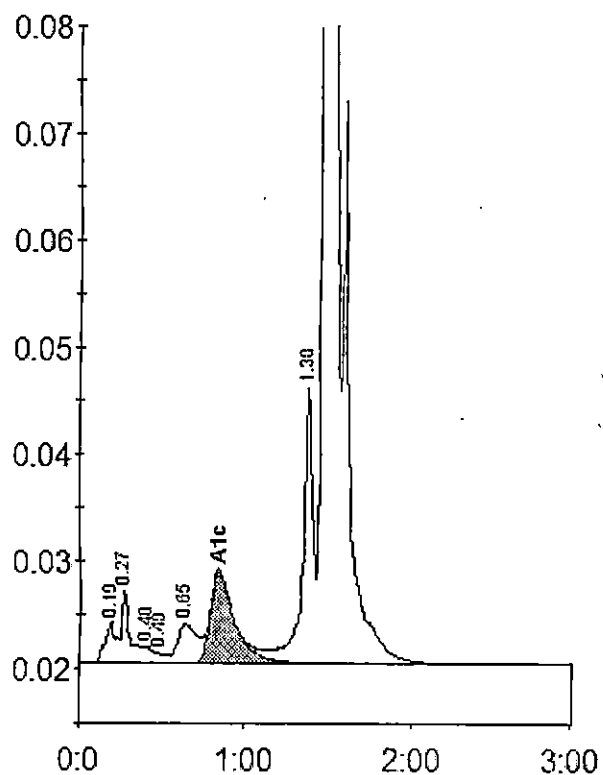


Table des pics - ID : 2220120103

| Pic           | Tps.Ret | Hauteur | Aire    | % Aire |
|---------------|---------|---------|---------|--------|
| A1a           | 0.19    | 3901    | 16790   | 0.9    |
| A1b           | 0.27    | 6855    | 22749   | 1.2    |
| F             | 0.40    | 1426    | 6685    | 0.3    |
| Unknown       | 0.49    | 832     | 2942    | 0.2    |
| LA1c/CHb-1    | 0.65    | 3524    | 28774   | 1.5    |
| A1c           | 0.85    | 8492    | 84200   | 5.8    |
| P3            | 1.38    | 25698   | 110914  | 5.8    |
| A0            | 1.47    | 509000  | 1651759 | 85.8   |
| Aire totale : |         | 1924814 |         |        |

| Concentration : | %   |
|-----------------|-----|
| A1c             | 5.8 |