

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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](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'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

69231CA

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0021907

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4182 Société : \_\_\_\_\_  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : \_\_\_\_\_  
 Nom & Prénom : AMRI RAHAL Date de naissance : \_\_\_\_\_  
 Adresse : SALMIAT Rm 301 EM 28 N: 07  
 Tél. : 077 3 456 717 Total des frais engagés : 2000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/3/2021

Nom et prénom du malade : Andi Rahal

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Dialyse

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 : CASABLANCA

Le : 23/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 3.3.2021        |                   | 9                     |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |
|  |      |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date    | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|---------|------------------------------|------------------------|
|   | 27/3/21 | 8450 + 1515                  | 200,00                 |
|   |         |                              |                        |
|   |         |                              |                        |
|   |         |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

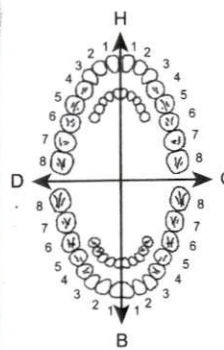
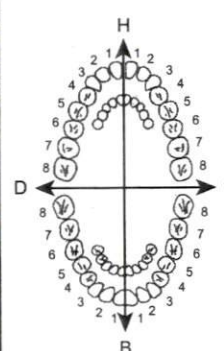
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|--|--|------------------|-------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|---|
|   |  |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|  |  |                  |             | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|  |  |                  |             | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|  |  |                  |             | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|  |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|  |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|  |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|  |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|  |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|  |  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
| <b>O.D.F</b><br><b>PROTHESES DENTAIRES</b>   | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <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>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 |  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
|  | H  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|  | 25533412   | 21433552         |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|  | 00000000   | 00000000         |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|  | D  | G                |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|  | 00000000   | 00000000         |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|  | 35533411   | 11433553         |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|  | B  |                  |             |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |   |
|  | <b>(Création, remont, adjonction)</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             | 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 Zineb SLAOUI DIOURI**

ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE

Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca  
Sur Rendez-vous



**الدكتورة زينب السلاوي الديوري**

اختصاصية في أمراض الغدد والسكري  
أستاذة سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

بالموعد

Casablanca, le : 23-3-2021 : الدار البيضاء, في :

HARI RAHAL

glycémie jeun  
HAC

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES SALIMA  
Dr. Zineb SLAOUI DIOURI  
N° 9, Boulevard Al Joulane - Salima 2  
Ben Misk Casablanca  
Tél : 05 22 35 51 89  
Docteur Zineb SLAOUI DIOURI  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
40, Angle Rue des Hôpitaux  
et Rue Dubreuil - Casablanca  
Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75

# مختبر التحليلات الطبية السالمية

## LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES SALMIA

**DR. ZOHIR MAHI**  
Ex. Biologiste à CHU-Casablanca



**د. زهير ماحي**  
إحيائي سابق  
بالمركز الإستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء

CASABLANCA le: 25/03/2021

**FACTURE N° 1110/21**

|                |                                    |
|----------------|------------------------------------|
| Médecin        | <b>Docteur ZINEB SLAOUI DIOURI</b> |
| Nom du patient | <b>MR AMRI RAHAL</b>               |
| Examens        | <b>- HBA1C- GLY</b>                |
| Cotation       | <b>B 150</b>                       |
| Montant        | <b>200,00 DH</b>                   |

**Arrêtée la présente facture à la somme de: DEUX CENT DIRHAMS**

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES SALMIA  
Dr. Zohir Mahi  
N°9, Boulevard Al Joulane, Salmia 2  
Ben Msik Casablanca  
Tél: 05 22 55 51 89

**Horaires d'ouverture : Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30, Le Samedi de 8h à 12h30**

N°9, Boulevard Al Joulane, Salmia 2, Ben Msik - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 55 51 89 - Email : laboratoire.salmia2@gmail.com

**IF : 40438912 - INPE : 093061497 - ICE : 001621359000086 - Prélèvement à domicile sur RDV : 06 64 08 10 80**

# مختبر التحليلات الطبية السالمية

## LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES SALMIA

**DR. ZOHIR MAHI**  
Ex. Biologiste à CHU-Casablanca



**د. زهير ماحي**  
إحيائي سابق  
بالمركز الإستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء

Prélèvement du : 25/03/2021 à 08:36

Résultats édités le: 25/03/2021



**MR AMRI RAHAL**

Dossier N° 21A450

Prescripteur: Docteur ZINEB SLAOUI DIOURI

Page: 1/1

### **BIOCHIMIE SANGUINE** ( Roche-cobas c311)

|  |            |               |            |                         |
|--|------------|---------------|------------|-------------------------|
| <b>GLYCEMIE A JEUN :</b>                 | <b>1,2</b> | <b>g/l</b>    | <b>(*)</b> | <b>0,7 à 1,1 g/l</b>    |
| (enzymatique à l'hexokinase ROCHE C 311) | <b>6,7</b> | <b>mmol/l</b> |            | <b>3,9 à 6,1 mmol/l</b> |

Antécédent du 30/01/21 - 08:30 : 1,3 g/l

Valeur normal pour femme enceinte:  
0.7 g/l à 0.95 g/l

|                                    |             |          |            |                      |
|------------------------------------|-------------|----------|------------|----------------------|
| <b>HEMOGLOBINE GLYQUEE HbA1c :</b> | <b>6,60</b> | <b>%</b> | <b>(*)</b> | <b>4,00 à 6,00 %</b> |
| (BIORAD D10:chromatographie HPLC)  |             |          |            |                      |

interprétation HbA1c chez un diabétique  
4-6%: très bon équilibre glycémique  
6.1-8%: bon équilibre glycémique  
>8%: Mauvais équilibre glycémique

Total de pages: 1



**Horaires d'ouverture : Lundi au Vendredi de 7h30 à 18h30, Le Samedi de 8h à 12h30**

N°9, Boulevard Al Joulane, Salmia 2, Ben Msik - Casablanca - Tél/Fax : 05 22 55 51 89 - Email : laboratoire.salmia2@gmail.com

IF : 40438912 - INPE : 093061497 - ICE : 001621359000086 - Prélèvement à domicile sur RDV : 06 64 08 10 80