

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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

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° M21- 073280

☐ Maladie

☐ Dentaire

76500

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2475 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Menged Azzeddine

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- | | | | |
|------|--|-----|--|
| S | = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien | SF | = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence |
| NPSY | = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre) | SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme |
| N | = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre | AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute |
| D | = Visite de jour au domicile du malade par le médecin | AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| D | = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin | AP | = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| D | = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade | AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| C | = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié | R-Z | = Electro - Radiologie |
| | = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie | B | = Analyses |
| | = Actes de chirurgie et de spécialistes | | |

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
PREVENTORIUM
SEJOUR EN MAISON DE REPOS
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
globaux comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 0395233

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Mengad Aggadine
Matricule : 2475 Fonction : R Poste :
Adresse : 48 - champ de course FES
Tél. 0665884857 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : MENGAD Aggadine Age : 01 / 06 / 53
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : aff. métabolique
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :
A le le 15/06/2022
Durée d'utilisation 3 mois

الطبيب
M. Benadada
5. AVER
Signature et cachet du médecin

VOLET ADHERENT


DECLARATION

N° 395233


Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :




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
15-6-21	C2	Q1		
21-6-21	C2	1	250,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du fournisseur	Date	Montant de la facture
	21/6/2021	2056,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires
	16/06/2021	B120	120,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

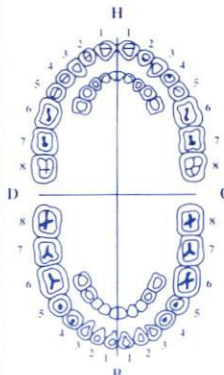
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient																			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																		
				MONTANT DES SOINS																		
				DEBUT D'EXECUTION																		
				FIN D'EXECUTION																		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES																						
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin: 10px auto;"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td></td> <td>00000000 G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>				H			25533412		21433552	D 00000000		00000000 G	00000000		00000000	35533411		11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																						
25533412		21433552																				
D 00000000		00000000 G																				
00000000		00000000																				
35533411		11433553																				
B																						
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				MONTANT 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 M. Benadada

الدكتور بنعادة محمد

اختصاصي في أمراض الغدد الهرمونية و التغذية

Spécialité en Endocrinologie - Nutrition

Glandes Endocrines - Stérilité - Diabète - Dyslipidémie - Obésité - Nutrition

Diplômé de l'Université Paul SABATIER de Toulouse

Fès, le : 21 JUIN 2021 في: فاس

Dr MENRAD Azzebine

Régime

550 10 x 3

Jardiance 15

1/2 g 3 fois

450 20 x 3

Phosphope 800

1 cp - 3 fois

3 Bites

après Rep

2056,80



Rendez-vous le :

5, Avenue A. El Khattabi - Fès - شارع عبد الكريم الخطابي - فاس

Tél. : B : 05 35 65 03 77 • GSM : 06 61 18 97 65 • E-mail : benadada54@gmail.com

LOT 200250
EXP 01/2025
PPV 45.20DH

LOT 200250
EXP 01/2025
PPV 45.20DH

LOT 200250
EXP 01/2025
PPV 45.20DH

LOT 200250
EXP 01/2025
PPV 45.20DH

LOT 200250
EXP 01/2025
PPV 45.20DH

LOT 200250
EXP 01/2025
PPV 45.20DH

LOT 200250
EXP 01/2025
PPV 45.20DH

LOT 200250
EXP 01/2025
PPV 45.20DH

LOT 200250
EXP 01/2025
PPV 45.20DH

Chaque comprimé contient 25 mg d'empagliflozine

Excipients : qsp1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Ce médicament ne nécessite aucune précaution particulière de conservation

Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation locale en vigueur.

Liste I - Médicament soumis à prescription médicale

يحتوي كل قرص على 25 ملغ من الأمباغليفلوزين

أسوغة : كمية كافية لقرص واحد

سواغ ذو تأثير معلوم : مونوهيدرات اللاكتوز

اقرأ النشرة قبل الإستعمال

يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال

لا يقتضي هذا الدواء شروطا خاصة للحفظ

يتم التخلص من كل منتج غير مستعمل أو نفاية ناجمة عنه

وفق القوانين المعمول بها محليا

القائمة رقم I — دواء خاضع لوصفة طبية



6 118001 041084

Jardiance 25 mg

(Empagliflozine)

30 Comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 550 DH 00

313854-02

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Chaque comprimé contient 25 mg d'empagliflozine

Excipients : qsp1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Ce médicament ne nécessite aucune précaution particulière de conservation

Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation locale en vigueur.

Liste I - Médicament soumis à prescription médicale

يحتوي كل قرص على 25 ملغ من الأمباغليفلوزين

أسوغة : كمية كافية لقرص واحد

سواغ ذو تأثير معلوم : مونوهيدرات اللاكتوز

اقرأ النشرة قبل الإستعمال

يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال

لا يقتضي هذا الدواء شروطا خاصة للحفظ

يتم التخلص من كل منتج غير مستعمل أو نفاية ناجمة عنه

وفق القوانين المعمول بها محليا

القائمة رقم I — دواء خاضع لوصفة طبية



6 118001 041084

Jardiance 25 mg

(Empagliflozine)

30 Comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 550 DH 00

313854-02

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Chaque comprimé contient 25 mg d'empagliflozine

Excipients : qsp1 comprimé

Excipient à effet notoire : Lactose monohydraté

Lire la notice avant utilisation

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants

Ce médicament ne nécessite aucune précaution particulière de conservation

Tout produit non utilisé ou déchet doit être éliminé conformément à la réglementation locale en vigueur.

Liste I - Médicament soumis à prescription médicale

يحتوي كل قرص على 25 ملغ من الأمباغليفلوزين

أسوغة : كمية كافية لقرص واحد

سواغ ذو تأثير معلوم : مونوهيدرات اللاكتوز

اقرأ النشرة قبل الإستعمال

يحفظ بعيدا عن مرأى و متناول الأطفال

لا يقتضي هذا الدواء شروطا خاصة للحفظ

يتم التخلص من كل منتج غير مستعمل أو نفاية ناجمة عنه

وفق القوانين المعمول بها محليا

القائمة رقم I — دواء خاضع لوصفة طبية



6 118001 041084

Jardiance 25 mg

(Empagliflozine)

30 Comprimés pelliculés

BOTTU S.A.

PPV : 550 DH 00

313854-02

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم الجرعات الموصوفة

Docteur M. Benadada

الدكتور بنعادة محمد

اختصاصي في أمراض الغدد الهرمونية و التغذية
Spécialité en Endocrinologie - Nutrition

فاس، في 15-06-21

Dr MENGAD Azeddine

fine

246A₁₂

الدكتور بنعادة محمد
Docteur M. Benadada
Diabétologie Endocrinologie - Nutrition
5, Avenue A. El Khattabi - FES
Tél : 05 35 65 03 77 / 06 61 18 97 65

مختبر التجميعي
Laboratoire TALEMQUATI d'Analyses Médicales
Docteur Raja TALEMQUATI
Tél : 05 35 65 43 38 / 37 Fax : 05 35 65 46 14
ICE: 00168654800048-INPE: 143001824

5, شارع عبد الكريم الخطابي - فاس - 5, Avenue A. El Khattabi

Tél. : B : 05 35 65 03 77 • GSM : 06 61 18 97 65 • E-mail : benadada54@gmail.com

LABORATOIRE TAGEMOUATI D'ANALYSES MEDICALES

Docteur RAJAE TAGEMOUATI

IF: 15407936 -- PATENTE: 13111311 -- CNSS: 2139899
INPE: 143001824 -- ICE: 001686548000048

FES LE: 16/06/2021

FACTURE N° 2156/21

Médecin

Nom du patient

MR MENGAD AZZEDDINE

Examens

- HbG

Cotation

B 120

Montant

120,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: CENT VINGT DIRHAMS

مختبر التحاليل الطبية
Laboratoire TAGEMOUATI d'Analyses Médicales
Docteur Rajae TAGEMOUATI
Tél: 05.35.65.43.37/38 - 05.35.65.46.14
ICE: 001686548000048

15, Avenue Lalla Meryem. Rés AL Imam Malik. 1er Etage. FES(V.N)

Tél: 05.35.65.43.37/38. Fax: 05.35.65.46.14

LABORATOIRE TAGEMOUATI D'ANALYSES MEDICALES

Docteur RAJA TAGEMOUATI

Médecin Biologiste

Spécialiste en Hématologie, Bactériologie, Biochimie
Immunologie, et Parasitologie
Diplômée de la faculté de Médecine de Montpellier

Prélèvement du : 15/06/2021

Résultats édités le: 15/06/2021

MR MENGAD AZZEDDINE

Dossier N° 16I565

Page: 1/1

BIOCHIMIE SANG.

(Tosoh Automated Glycohemoglobin Analyzer)

HEMOGLOBINE GLYQUEE HbA1c

Technique : HPLC-723 GX

Valeurs de référence

Résultat: **7,20 %** (*)

4,00 à 6,00 %

Antécédent du 21/12/20 - 10:15 : 6,90 %

Total de pages: 1

LABORATOIRE TAGEMOUATI
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Raja TAGEMOUATI
15, Av. Lalla Meryem, Rés. AL Imam Malik, 1er Etage - FES
Tél. : 05 35 65 43 37 / 05 35 65 43 38
I.N.P.E. 043001824 - I.C.E. 001686548000046
Email: Lab_tag@outlook.fr

Rapport de patient

Bio-Rad	DATE: 15/06/2021
D-10	HEURE: 18:10
N° Série: #DJ9D37894801	Version Logiciel: 4.30-2
Id. de l'échantillon:	210615022
Date d'injection	15/06/2021 18:10
N° d'injection: 3	Méthode: HbA1c
N° de portoir: ---	Position du portoir: 3

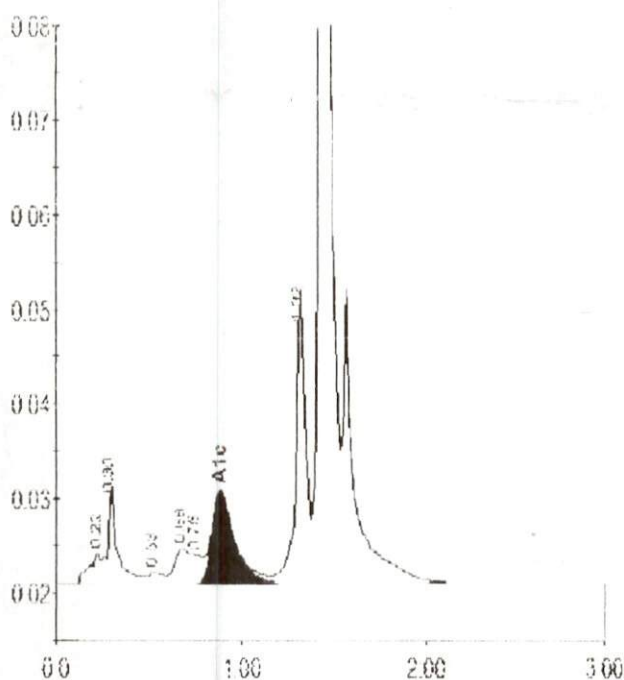


Table des pics - ID: 210615022

Pic	Tps.Ret	Hauteur	Aire	% Aire
A1a	0.22	3234	14763	0.9
A1b	0.30	10020	38522	2.3
F	0.53	1276	7086	0.4
LA1c/CHb-1	0.68	3716	19907	1.2
LA1c/CHb-2	0.75	3161	20038	1.2
A1c	0.89	9667	82889	7.2
P3	1.32	30417	113639	6.7
A0	1.44	574530	1392265	82.4
Aire totale:		1689109		

Concentration:	%
A1c	7.2