

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.

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.

Educations :

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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 066718

84458

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0910 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAGNETT Abdelphau
Date de naissance : 1945
Adresse : 66 Rue 2 Espérance 2 Ain Sbaa
Tél. : 0522 684938 Total des frais engagés : DH 3031,80 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

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

- Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

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.

Le 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
HOSPITALISATION EN HOPITAL

JOUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit

actes répétés en plusieurs séances ou actes

soins comportant un ou plusieurs échelons

sur le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir 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 587760

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **LAZARUS Abdelhak**
Matricule : **0910** Fonction : **Retraité** Poste :
Adresse : **66 Rue 2 Espérance 2 AIN Sebaa la Se**
Tél. : **0522614938** Signature Adhérent : **[Signature]**
0522614938

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **BENNANI LATIFA** Age **01/01/1932**
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : **Dyslipidémie**
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
A **Casa** le **01/09/2021** Signature et cachet du médecin
[Cachet]
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION **587760**
Matricule N° : **0910**
Nom du patient : **Bennani Latifa**
Date de dépôt : **15/9/21**
Montant engagé : **3031,00**
Nombre de pièces jointes : **3**



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
01/09/2021	ECG	1	2500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie HAY KARAM 98, Bis Av. C Hay Karam Q.1. St. Bernoussi - Casa Tel: 0822 35 93 82 INPE: 092031046	01/09/21	134,180

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CR/05/12/21 ANALYSES MEDICALES N° 10 Im 100 Picteux de Sur Al Boudi - Ain Setaia - Guech	02/09/21	B 12.17	1440.00 DHS

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 de

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANT 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 <table border="0"> <tr> <td></td> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td> </td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td> </td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>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></td> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412		21433552	00000000		00000000	D		G	00000000		00000000	35533411		11433553		B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																								
25533412		21433552																							
00000000		00000000																							
D		G																							
00000000		00000000																							
35533411		11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>																					
				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'EX

Diététique et Nutrition,
Diabétologie
Ostéopathie
Traitement de la Douleur
Médecine Générale

التخسيس و الحمية الغذائية
داء السكري
طب الإعتلال العظمي
معالجة الألم
الطب العام

Echographie
ECG

الفحص بالصدى
تخطيط القلب

تاريخ الفحص
لا يتغير

Casablanca, le

01/09/2021

M^{lle} Bannani Latifa

① Saflu 250



référer B
N.° de li
VITALCOMPLEX 10 amp
PVC: 108.00 DH
UT Av: 07/2024 Lot: 210094
Tangelab
Ed1 Maroc

Pharmacie HAKKARAM CASA
98 Bis Avenue Hay Karam
01 Sidi Berradj - Casa
Tél: 0622 55 93 82
INPE: 092053106

② pulux 2'

③ Coupler
1 amp

référer
N.° de li
VITALCOMPLEX 20 amp
PVC: 192.00 DH
UT Av: 07/2024 Lot: 210094
Tangelab
IUCA/MA v2
Alcabideche

④ Dia Schidine

⑤ Kinastia



05 22 35 52 33 - الهاتف - الدار البيضاء - عيادتها
Lot Halioua N° 100 RDC - Aïn Sebaâ - Casablanca - Tél: 05 22 35 52 33
E-mail: amal.barrou@gmail.com

LOT: GB10197
PER: 12/2023
PPV: 185 DH 00

PPV: 97DH60
PER: 01/23
LOT: K258-2



PPV 97DH60
PER 04/23
LOT K1055

PPV 188.00 DH

PPV 188.00 DH

PPV 188.00 DH

Diététique et Nutrition
Diabétologie
Ostéopathie
Traitement de la Douleur
Médecine Générale

Echographie
ECG

تاريخ الفحص
لا يتغير

التخسيس و الحماية الغذائية
داء السكري
طب الإعتلال العظمي
معالجة الألم
الطب العام

الفحص بالصدى
تخطيط القلب

Casablanca, le

01/09/2021

7^e Bennani Latifa.

- ① gly à j
- ② Hb gly mée ANC
- ③ AC unique
- ④ GOT, GPT
- ⑤ D. Dimère
- ⑥
- ⑦



Dr. Amal BARROU
Ostéopathe - Diabète
Médecin Généraliste - Diabète
Lot Halioua N° 100 RDC - Ain Sebaâ - Casablanca

05 22 35 52 33 : الهاتف : الدار البيضاء - الحزنه حايوة رقم 100

Lot Halioua N° 100 RDC - Ain Sebaâ - Casablanca - Tél : 05 22 35 52 33

E-mail : amal.barrou@gmail.com





LABORATOIRE AIN SBAA

D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

Plateaux Bureau ALBADR ; « à côté de Marjane Ain Sbaâ »
Imm 106, Porte 10, Ain Sbaâ Casablanca Tel: 05 22 34 27
47 - Fax: 05 22 34 07 65 - email : lasam1977@gmail.com

Patente : 30300005 ICE: 002009800000013

INPE:

097164495 IF :24969776

Dr. Fatima-zohra BAHMANI

Directrice du laboratoire

Diplômée de l'Université de Médecine et de Pharmacie de Rabat



Casablanca, le : 02/09/2021

Facture N° :2105219

Nom et Prénom : Mme Latifa BENNANI

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
PC	Prélèvement sang adulte	B17	B
	ALAT (Transaminase GPT)	B50	B
	ASAT (transaminase GOT)	B50	B
		B50	B
0163	TSH	B250	B
	Acide Urique	B30	B
	Cholestérol total	B30	B
	D-Dimères	B400	B
		B100	B
0370	C R P (Protéine C réactive)	B100	B
	Triglycérides	B60	B
0108	Cholestérol H D L	B50	B
0109	Cholestérol L D L	B50	B
0118	Glycémie	B30	B

Total des B : 1217

Montant total de la facture : 1440.00Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille quatre cent quarante dirhams .



Hémoglobine glyquée (HbA1c)

(Technique HPLC Tosoh Bioscience Gx)

5,70

(4,00-6,00)

13/10/2017

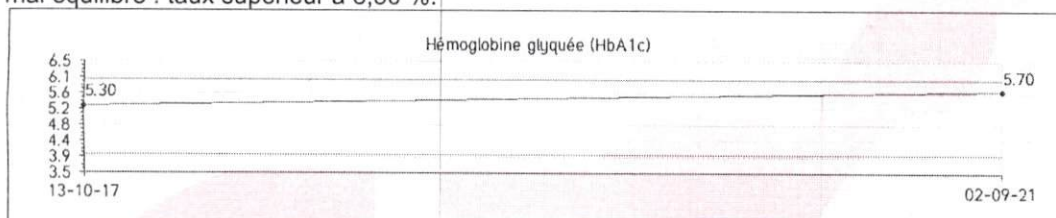
5,30

Valeurs de référence :

Sujet normoglycémique : 4,00 à 6,00 % de l'hémoglobine totale.

Sujet diabétique équilibré : objectif ciblé autour de 6,50 %.

Diabète mal équilibré : taux supérieur à 8,50 %.



Cholestérol total

(Dosage enzymatique - minidray BS-380)

2,10 g/l

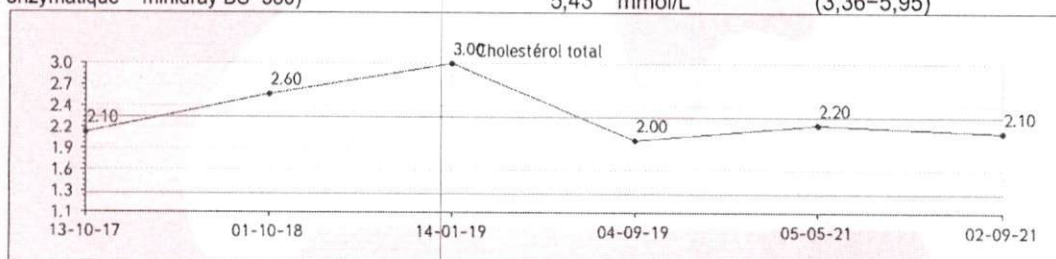
(1,30-2,30)

05/05/2021

2,20

5,43 mmol/L

(3,36-5,95)



Triglycérides

(Dosage enzymatique - minidray BS-380)

2,20 g/L

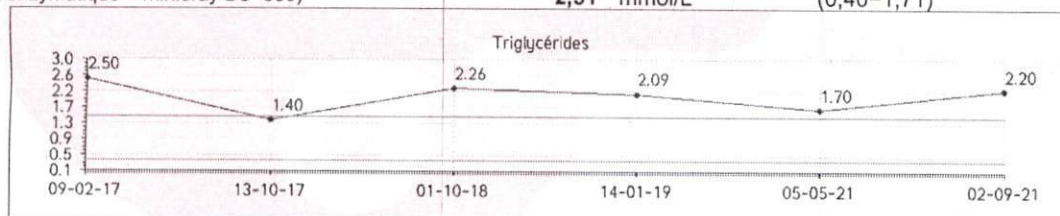
(0,35-1,50)

05/05/2021

1,70

2,51 mmol/L

(0,40-1,71)





Date du prélèvement : 02/09/2021 à 09:37

Code patient : 140926-0036

Né(e) le : 01/01/1942 (79 ans)

Mme Latifa BENNANI

Dossier N° : 210902-0086

Prescripteur : Dr Amal BARROU



HEMOSTASE

D-Dimères (2ème génération)

(Technique Immuno-fluorescence ELFA ,
Biomérieux VIDAS)

382 ng/ml (<500)

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C-réactive (CRP)

(Immunoturbidimétrie - minidray BS-380)

2,4 mg/L (<5,0)

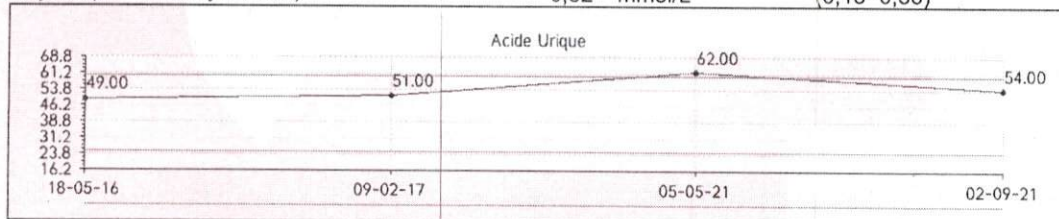
Acide Urrique

(Dosage enzymatique - minidray BS-380)

54 mg/L (25-60)
0,32 mmol/L (0,15-0,36)

05/05/2021

62



Glycémie à jeun

(Glucose oxidase-Peroxidase (GOD-POD) -
minidray BS-380)

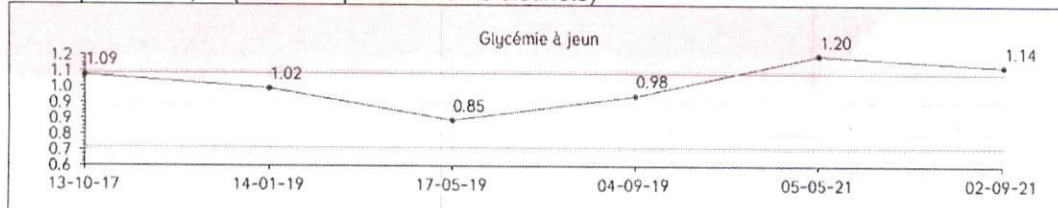
1,14 g/L (0,70-1,10)
6,33 mmol/L (3,89-6,11)

05/05/2021

1,20

Consensus :

- Taux normal : de 0,60 à 1,10 g/L
- Diminution de la tolérance au glucose : de 1,10 à 1,26 g/L
- Sujet diabétique : > à 1,26 (sur deux prélèvements distincts)





210902-0086 - Mme Latifa BENNANI

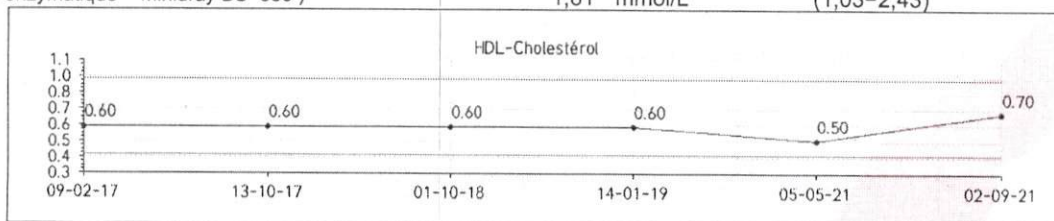
HDL-Cholestérol

(Dosage enzymatique - Minidray BS-380)

0,70 g/L (0,40-0,94)
1,81 mmol/L (1,03-2,43)

05/05/2021

0,50



LDL-Cholestérol

(Calculé selon la formule de Friedwald)

0,96 g/L
2,48 mmol/L

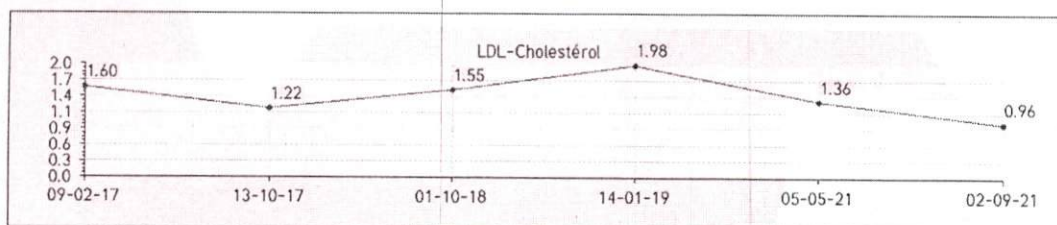
05/05/2021

1,36

Valeurs cibles du LDL-Cholestérol selon les recommandations ANSM de mars 2005 :

- 0 Facteur de risque : LDL < 2,20 g/L (5,70 mmol/L)
- 1 Facteur de risque : LDL < 1,90 g/L (4,90 mmol/L)
- 2 Facteurs de risque : LDL < 1,60 g/L (4,14 mmol/L)
- Plus de 2 facteurs de risque : LDL < 1,30 g/L (3,36 mmol/L)
- Antécédent de maladie cardiovasculaire avérée : LDL < 1,00 g/L (2,58 mmol/L)

Facteurs de risque : Diabète, Tabac, HTA, Obésité, Age > 60 ans, HDL < 0,40 g/L, Sédentarité, ATCD de maladie cardiovasculaire familiale.



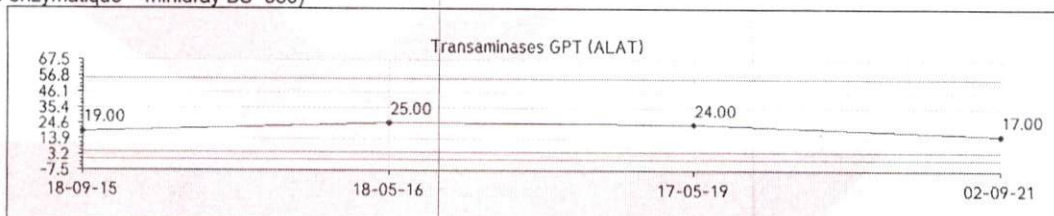
Transaminases GPT (ALAT)

(Dosage enzymatique - minidray BS-380)

17 UI/L (5-55)

17/05/2019

24





210902-0086 - Mme Latifa BENNANI

17/05/2019

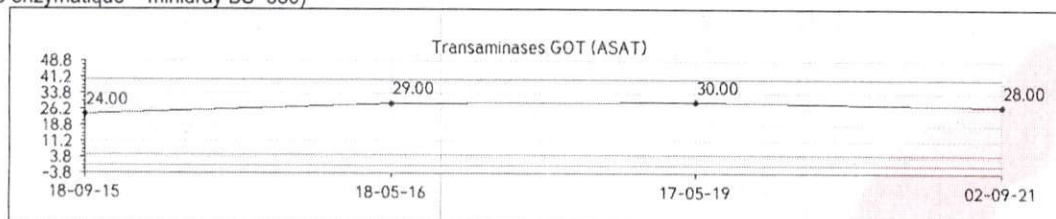
Transaminases GOT (ASAT)

(Dosage enzymatique - minidray BS-380)

28 UI/L

(5-40)

30



BILAN ENDOCRINIEN

TSH Ultra-sensible

(Chimiluminescence: CLIA - Minidray CL 1000i
/Technique immuno-fluorescence ELFA,
Biomerieux Vidas)

1,66 mUI/L

(0,40-4,00)

- Hyperthyroïdie : TSH < à 0,15 mU/L
- Hypothyroïdie : TSH > à 7,00 mU/L
- Nouveau-né : TSH augmente à la 30 minute de vie (80 mUI/L) puis retour à la normale vers 2-5 jours.

Validé par : Dr. BAHMANI Fatima Zohra



Dr. Berna n^o Latifa
01/09/2021

