

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

N° W21-659338

89388

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2680

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAÏGUE MOHAMMED

Date de naissance : 1950

Adresse : BV EL MAGHREB EL ARABE N° 104

SGMIDRAR OUDJA

Tél. : 0536650821

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR Mohammed EL AMRANI
SPECIALISTE EN
ENDOCRINOLOGIE - DIABETOLOGIE
Clinique LE MAROC
3d. Allal Ben Abdellah - OUDJA
Tél/Fax : 0536 71 01 65 / 0536 68 20 20
30 AOUT 2021

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LAÏGUE MERYEM

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète de 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 : OUDJA

Le : 20 / 10 / 2021

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
30.09.2021	u	-	200.00	 Contrôle
06 SEP 2021	u	-		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Dr. en Pharmacie Lot. Badr Pharmacie TEL: 05-36-65-03-03	06/09/21	84.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
03.09.2021		84.80	449.00

LES IRIS
Laboratoire de Radiologie Médicale
Quartier LES IRIS
05-36-53-45-10

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS 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="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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	H																		
	25533412	21433552																	
	00000000	00000000																	
	D	G																	
	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																	
	B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION															

CABINET D'ENDOCRINOLOGIE DIABÉTOLOGIE ET MALADIES DE LA NUTRITION

Dr Mohammed El Amrani

DIPLOMÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SPECIALISTE

EN ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE
ET MALADIES DE LA NUTRITION



الدكتور محمد العمراني

خريج كلية الطب بباريس

إختصاصي

في أمراض الغدد، داء السكري والتغذية

Oujda, le : وجدة، في :

06/09/2021

Me. LATIGUI Meryeme

28,00

- 5680 P - MIXTARD 30 HM : 20 UI Matin - 18 UI le Soir en S/C avant repas
28100 - GLYNORM 2 mg : 1 Cp. / Jour à Midi avant repas
P - GLUCOPHAGE 1000 mg : 1 Cp. / Jour le matin au milieu des repas

QSP. : 03 Mois

Dr Mohammed EL AMRANI
SPECIALISTE EN
ENDOCRINOLOGIE ET DIABÉTOLOGIE
Clinique EL MAROC
Bd Allal Ben Abdellah - OUJDA
Tél: 0536 68 20 20 / 0536 68 20 20
Fax: 0536 68 20 20

PHARMACIE BADR
ILYAS BELMOSTAFA
Dr. en Pharmacie
Lot. Badr BENI DRAR
TEL: 05.86.65.03.03





56180



جلينورم

ريباكليتيد

2 ملغ

30 قرصا

عن طريق الفم



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	المدة
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	صباح
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	منتصف
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	النهار
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	مساء
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	قبل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	بعد

Glynorm® 2 mg SOTHEMA
 Boîte de 30 comprimés
 AMM MAROC N° 436/16 DMP/21/NNPR



6 118000 023258



CABINET D'ENDOCRINOLOGIE DIABÉTOLOGIE ET MALADIES DE LA NUTRITION

Dr Mohammed El Amrani

DIPLOMÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SPECIALISTE

EN ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE
ET MALADIES DE LA NUTRITION



الدكتور محمد العمراني

خريج كلية الطب بباريس

إختصاصي

في أمراض الغدد، داء السكري والتغذية

Oujda, le : 30 AOUT 2021 : وجدة، في :

M.(Me) : LATIWI SUMATE

A faire SVP le bilan suivant :

- ☒ Glycémie à Jeun,
- ☒ HbA1C,
- ☒ Créatinine,
- ☒ Urée,
- ☒ Acide Urique,
- ☒ Cholestérol Total,
- ☒ Triglycérides,
- ☒ Rapport Alb/Créat (sur échantillon urinaire du matin)
- ☐ HDL et LDL Cholestérol,
- ☐ GOT, GPT,
- ☐ CPK,
- ☐ Ionogramme Sanguin,
- ☐ NFS
- ☐ VS,
- ☐ CRP,
- ☐ Ferritine,
- ☐ ECBU,
- ☐ Coproparasitologie des Selles,

- ☐ TSH us,
- ☐ T4 Libre,
- ☐ T3 Libre,
- ☐ Ac. Anti-Thyropéroxydases,
- ☐ Ac. Anti-Thyroglobulines,
- ☐ Thyroglobuline,
- ☐ Ac. Anti-Recepteurs de la TSH (TRAK),
- ☐ Cortisolémie à 8 hrs,
- ☐ PTH Intacte (1-84),
- ☐ Calcémie,
- ☐ Phosphorémie,
- ☐ Vitamine D,
- ☐ Prolactine (Matin à jeun, après 20 min de repos)
- ☐ Testostérone,
- ☐ FSH, LH,
- ☐ Estradiol,
- ☐ PSA,
- ☐ Autres :

2, Bd Allal Ben Abdellah - OUJDA

Cabinet Tél. : 05 36 71 01 65

GSM : 06 61 06 51 50

DR MOHAMMED EL AMRANI
SPECIALISTE EN
ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE
Clinique LE MAROC
Bd. Allal Ben Abdellah - OUJDA
Tél. : 05 36 71 01 65 / 05 36 70 32 50
Fax : 05 36 70 15 15



2, شارع علال بن عبدالله - وجدة

Clinique Tél. : 05 36 68 20 20 / 05 36 70 32 50

Fax : 05 36 70 15 15

PATENTE: 11200785 -- IF: 26147335 -- ICE: 002148177000080 -- INPE: 083062794

FACTURE: 8365/21

Oujda le
Nom et prénom
Référence
Médecin prescripteur

03/09/2021
MME LATIGUI MERYEME
21192
Docteur MOHAMMED EL AMRANI

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
GLYCEMIE A JEUN	30
Hb GLYCOSYLEE. HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HBA1C	100
CREATININE SERIQUE	36
ACIDE URIQUE SERIQUE (URICEMIE)	30
CHOLESTEROL TOTAL	30
TRIGLYCERIDES	60
RAPPORT ALBUMINURIE CREATININURIE ACR RAC	150
Total du (B)	B 436
Prise de sang (PC)	0.00 DH
Montant en DH	479.00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: QUATRE CENT SOIXANTE-DIX NEUF DIRHAMS

Laboratoire LES IRIS
D'analyses Médicales
Dr MOKR (DR) Jimane
79, Bd. "Oued Massa"
"Porte des IRIS" - "Centre CHU"
X-Tél: 05 45 45 10