

## 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-661148

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

3153

Société :

AM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

JAMIL ALI

Date de naissance :

1952

Adresse :

CHTOUKA AT BAH BEL FAY

Tél. :

06 8140795

Total des frais engagés :

974,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohamed  
Av du 2 MARS (Q.I) AGADIR  
Tél : 05 28 22 81 90  
Fax : 05 28 22 02 24

Date de consultation :

25/10/2021

Nom et prénom du malade :

Jamil Fatima

Age :

59 ANS

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

diabète + cancer

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 :

AGADIR

Le :

15/10/21

Signature de l'adhérent(e) :

Ali



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
25/10/2021	C	109,034		INP : Dr. KORCHI Mohamed 3, Av. du 2 Mars (2.1) AGADIR Tél : 05 28 22 81 90 Fax : 05 28 22 02 24

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE Dr. MAHMOUD Bd. Imam Boukhari N° 4 Dcheira Tél : 05 28 27 05 25 062056143	26/10/2021	677,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire d'Analyses Médicales Dr. KAÏSSOUNI Mohamed D. EL KAÏSSOUNI Chalets 35, Av. de l'Indépendance 28 23 Tél : 05 28 22 81 90 INP : 043001236	26/10/21	B 360	421,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
25/10/2021	KE (Echo)			200,00	24	Dr. KORCHI Mohamed 3, Av. du 2 Mars (2.1) AGADIR Tél : 05 28 22 81 90 Fax : 05 28 22 02 24

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS 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'EXECUTION

Docteur KORCHI Mohamed

Médecine Générale

Diplôme de Diabetologie

Echographie

Diplômé d'Echographie de l'Université

René - Descartes de Paris

Expert assermenté auprès des tribunaux

3, Avenue du 2 Mars - (Q.I)

AGADIR - Téléphone : 05 28 22 81 90

الدكتور قرشي محمد

الطب العام

إدبلوم في مرض السكري

الفحص بالأشعة الصوتية

خريج جامعة باريس

خبير محلف لدى المحاكم

3 شارع 2 مارس - الحي الصناعي

أكادير - الهاتف : 05.28.22.81.90

Agadir, le 26/10/2021 في أكادير،

47,40) x 6

- Glucovance 500/5

28,20) x 6 1 cl

- Sulpidal 50

18,40) x 4 1 gel - o -

- Trauxène 5mg

7,00 x 2 1 gel - o - 1 gel

- Kalest 20mg

1 gel

677,20

Idar Hm


PHARMACIE TILILA  
Dr. Malika NATIK  
Bd. Imam Boukhari N° 27  
Dcheira - Tél: 05 28 27 05 21


PHARMACIE TILILA  
Dr. Malika NATIK  
Bd. Imam Boukhari N° 27  
Dcheira - Tél: 05 28 27 05 21


Docteur KORCHI Mohamed  
Médecine Générale  
Echographie  
Expert assermenté des Tribunaux  
Av. du 2 Mars 3.1 - AGADIR  
Tél/Fax: 05 28 22 81 90


LOT 201583  
EXP 05/2023  
PPV 75.00DH


LOT 201583  
EXP 05/2023  
PPV 75.00DH

Glucovance 500 mg/5 mg   
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg   
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg   
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg   
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

Glucovance 500 mg/5 mg   
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

PPV  
LOT  
PER

28,20

PPV  
LOT  
PER

28,20

PPV  
LOT  
PER

28,20

PPV  
LOT  
PER


28,20

PPV  
LOT  
PER

28,20

PPV  
LOT  
PER

28,20

Glucovance 500 mg/5 mg   
Comprimés pelliculés B/30  
PPV: 47.40 DH

PPV 18,40  
LOT 201583  
PER 10

PPV 18,40  
LOT 201583  
PER 10

18,40

18,40



Docteur KORCHI Mohamed

Médecine Générale

Diplôme de Diabetologie

Echographie

Diplômé d'Echographie de l'Université

René - Descartes de Paris

Expert assermenté auprès des tribunaux

3, Avenue du 2 Mars - (Q.I)

AGADIR - Téléphone : 05 28 22 81 90

Dr. (Généraliste)

الدكتور قرشي محمد

D. d'ass. lre

Généraliste

Nervosité

الطب العام

دبلوم في مرض السكري

الفحص بالأشعة الصوتية

خريج جامعة باريس

خبير محلف لدى المحاكم

3 شارع 2 مارس - الحي الصناعي

أكادير - الهاتف : 05.28.22.81.90

Agadir, le 25/10/2021 في أكادير،

Jdai Fatima

NFS

Glycémie = jeûne

Hb Glyq-a

TG. Cholesterol

urée creatinine

Laboratoire JAMAL  
d'Analyses Médicales  
Dr. EL KARSSOUNI Jamal  
35, Av. des FAR Chalets Inezgan  
Tél / Fax: 05 28 33 39 75

Dr. KORCHI Mohamed  
3, Av. du 2 MARS (Q.I) AGADIR  
Tél : 05 28 22 81 90  
Fax : 05 28 22 02 24

Docteur KORCHI Mohamed

Médecine Générale

Diplôme de Diabetologie

Echographie

Diplômé d'Echographie de l'Université

René - Descartes de Paris

Expert assermenté auprès des tribunaux

3, Avenue du 2 Mars - (Q.I)

AGADIR - Téléphone : 05 28 22 81 90

INPE: 041086075



الدكتور قرشي محمد

الطب العام

دبلوم في مرض السكري

الفحص بالأشعة الصوتية

خريج جامعة باريس

خبير محلف لدى المحاكم

3 شارع 2 مارس - الحي الصناعي

أكادير - الهاتف : 05.28.22.81.90

INPE: 041086075

**FACTURE N°** .....

Agadir, le

25/10/2021

**Malade :**

- Nom : .....

- Prénom : .....

- CIN N°: .....

Date de Naissance : .....

**Diagnostic :**

Diagnostic des actes	Honoraires
Consultation	100,00 DH
Echo	200,00 DH
Net à payer	300,00 DH

Arrêter la présente facture à la somme de :

Trois cent Dirhams

Signature

Dr. KORCHI Mohamed  
3, Av. du 2 Mars - (Q.I) AGADIR  
Tél : 05 28 22 81 90  
Fax : 05 28 22 02 24

**LABORATOIRE JAMAL D'ANALYSES MEDICALES**  
 1 AV DES FAR, LES CHALETS, 86350 INEZGANE. Tél/Fax : 05.28.33.39.75  
 PAT 49300046 INP 043001239 IF 76936360×ICE 1626255000008

Assuré

Bénéficiaire : Mme JDAIR Fatima

Prescripteur : DR MOHAMED KORCHI

FACTURE N° 2110262165

Facturé le : 26/10/2021

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
PSA	Prélèvement sang adulte	E25	E
0106	Cholestérol total	B30	B
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0134	Triglycérides	B60	B
0135	Urée	B30	B
0216	Numération formule	B80	B

Total B :	-360	<b>TOTAL DOSSIER :</b>	<b>421 Dhs</b>
-----------	------	------------------------	----------------

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent vingt et un dirhams

**Laboratoire JAMAL**  
**d'Analyses Médicales**  
 Dr. EL KAISSOUNI Jamal  
 35, Av. des FAR Chalets Inezgane  
 Tél/Fax: 05 28 33 39 75



# مختبر جمال للتحاليل الطبية

## Laboratoire Jamal d'Analyses Médicales

- Docteur en Pharmacie
- D.E.S de Biologie Médicale
- D.E.A. de Microbiologie - Enzymologie - Nutrition
- Doctorat d'Université mention Biologie-Santé
- DIU de Biologie de la reproduction
- DU Assurance Qualité En Biologie Médicale
- Auditeur IRCA en SMQ ISO 9001
- DU Auditeur Qualité En Biologie Médicale
- Chargé de cours UMI
- Evalueur Technique COFRAC ISO 15189

- صيدلي إحيائي
- دبلوم الدراسات المعمقة في علم
- الميكروبيولوجية وعلم التغذية
- دكتور في علم الصحة والبيولوجية
- دبلوم المساعدة الطبية للإنتاج
- دبلوم الجودة في التحاليل الطبية
- مفتش «ايركا» لنظام إدارة الجودة إيزو 9001
- دبلوم مفتش الجودة في التحاليل الطبية
- محاضر في جامعة محمد السادس
- مفتش الجودة «كوفراك» إيزو 15189

Dr. Jamal ELKAISSOUNI الدكتور جمال القيسوني

Prescripteur : Dr KORCHI mohamed  
Ville : AGADIR



Mme JDAIR Fatima  
DDN : 01/01/1962

Ville : chtouka

Dossier n°: 2110262165 Enregistré le : 26/10/2021 à 10:03, Edité le : 26-10-2021 à 11:06

-----Compte Rendu d'Analyses-----

### HEMATOLOGIE

#### NUMERATION GLOBULAIRE (Sysmex 4000i)

Hématies :	4.63	millions/ml	(4.00-5.40)
Hémoglobine :	13.5	g/100ml	(12.0-16.0)
Hématocrite :	40.1	%	(37.0-46.0)
VGM :	86.6	μ3	(80.0-98.0)
TCMH :	29.2	pg	(26.0-32.0)
CCMH :	33.7	%	(30.0-36.0)

#### NUMERATION ET FORMULE LEUCOCYTAIRE

LEUCOCYTES :		7 560	/mm <sup>3</sup>	(4 000-10 000)
PNN :	62 %	soit 4 687	/mm <sup>3</sup>	(2 000-7 500)
P.Eosinophiles :	3 %	soit 227	/mm <sup>3</sup>	(<500)
P.Basophiles :	1 %	soit 76	/mm <sup>3</sup>	(0-100)
Lymphocytes :	28 %	soit 2 117	/mm <sup>3</sup>	(1 500-4 000)
Monocytes :	6 %	soit 454	/mm <sup>3</sup>	(100-800)

#### NUMERATION PLAQUETTAIRE

Plaquettes :	198 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000-400 000)
--------------	---------	------------------	-------------------

### BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Echantillon sérique

Glycémie à jeun #	2.44	g/L	(0.70-1.10)
(Hexokinase G6PD-H)	13.5	mmol/L	(3.9-6.1)
Urée	0.35	g/L	(0.10-0.50)
(Test cinétique à l'uréase)			
Créatinine	5.5	mg/L	(3.0-11.0)
(Méthode de jaffé cinétique)	42.0	μmol/L	(22.9-84.0)



### Clairance de la créatinine

DFG calculé selon la formule MDRD :

- Insuffisance rénale modérée : 30 – 60 mL/min
- Insuffisance rénale sévère : 15 – 30 mL/min
- Insuffisance rénale terminale : < 15 mL/min

138 mL/min

### Triglycérides #

(Dosage enzymatique)

1.05 g/L (0.50–1.50)

1.2 mmol/L (0.6–1.7)

### Cholestérol total #

(Dosage enzymatique)

2.21 g/l (<2.50)

5.7 mmol/L (<6.5)

### HbA1c

(G8Tosoh)

8.4 %

### INTERPRETATION:

<6 non diabétique

6.5–8 bon contrôle

>8 mauvais contrôle

Dossier validé par : Jamal EL KAISOUNI

Laboratoire JAMAL  
l'Analyse Médicales  
Dr. EL KAISOUNI Jamal  
5, Av. des FAH Chalets Inezgane  
Tél/Fax: 05 28 33 39 75



TR 118.311 25.11

Plane 1 2

TD

REDAZ M260Z 00110-104-10113 06/10/2001

TR 118.311 25.11

118.311 25.11

FREEZE MENU

Review/Stop

Speed 15

B Post Proc ▶

Print Report

Depth 20.7 29.7 29.7 1

(0.0)