

## 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° W21-688526

121498

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03002 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

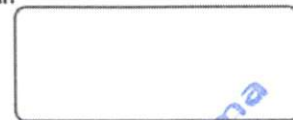
Nom & Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 10-06-12/ .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : du bel de a x x x x + joint r u b

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.

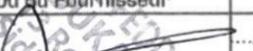
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

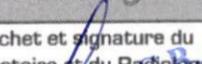
Fait à : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/06/22	494,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 <b>Dr. AMACHKI Abdelaziz</b>	10/06/22	B = 130dh	140,00

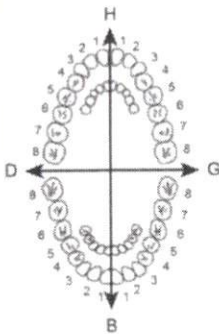
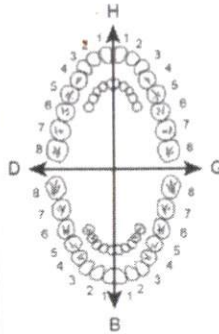
[illegible]

# 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 : <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">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H											
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	B											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
	D	G										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ZBIRI FATIMA

Médecine Générale

ECHOGRAPHIE



الدكتورة ازييري فاطمة

الطبيب العام

الفحص بالصدى

10.06.11

El bollah - Hema

2700 Alivian

2750

0-0

Relaxe

300 B

140.9

1160x3

141.60x2

141.60x2

141.60x2

141.60x2

141.60x2

141.60x2

141.60x2

141.60x2

141.60x2

141.60x2

141.60x2

141.60x2

141.60x2

141.60x2

141.60x2

141.60x2

141.60x2

141.60x2

141.60x2

141.60x2

654.20.  
+ 141.60x2

734.20.

Residence Chabab Imm 8, N° 2, Zone D, Ain Sebaa-Casablanca - Tel 05 22 74 69 36

**Glucophage® 1000mg**  
30 Comprimés pelliculés



**Glucophage® 1000mg**  
30 Comprimés pelliculés



**ALVIAR® 50 mg**  
20 Gélules



**Glucophage® 1000mg**  
30 Comprimés pelliculés



**Glucophage® 1000mg**  
30 Comprimés pelliculés



**OEDES 20mg**  
56 gélules



**Glucophage® 1000mg**  
30 Comprimés pelliculés



**Glucophage® 1000mg**  
30 Comprimés pelliculés



**LODOZ 10/6,25 mg.**  
Comprimés pelliculés B/30

**LODOZ 10mg B30**  
PPV: 71,60 DH



**LODOZ 10/6,25 mg.**  
Comprimés pelliculés B/30

PPV : 71,60 DH



**LODOZ 10/6,25 mg.**  
Comprimés pelliculés B/30

**LODOZ 10mg B30**  
PPV: 71,60 DH

Route d'Azzamour, 20180 Casablanca  
Maroc

SERVIER MAROC  
**DIAMICRON® 60 mg**  
60 comprimés



Route d'Azzamour, 20180 Casablanca  
Maroc

SERVIER MAROC  
**DIAMICRON® 60 mg**  
60 comprimés



LOT: 210694  
DLUO: 12/2024  
87,00DH

Dr. ZBIRI FATIMA

Médecine Générale

ECHOGRAPHIE



الدكتورة ازبيري فاطمة

الطب العام

الفحص بالصدى

10-06-94

El bettah - Henia

- GAD  
- HIRAC

Dr ZBIRI Fatima  
Médecine Générale  
Imm 8  
Résidence N° 2 Zone D  
Résidence Chabab Ain Sebaa  
GSM 05 22 74 69 36 / Casablanca

LABORATOIRE C.B.A  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. AMACHKI Abdelaziz

HORMONOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - BACTERIOLOGIE - BIOCHIMIE  
VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE - SPERMIOLOGIE

INPE :  
093064640

**FACTURE N° 4320/22**

CASABLANCA le  
Nom et prénom  
Référence  
Médecin prescripteur

10/06/2022  
MME EL BETTAH HENIA  
21I396  
Docteur ZBIRI FATIMA

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
GLYCEMIE A JEUN	30
Hb GLYCOSYLEE.HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HBA1C	100
Total du (B)	B 130
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	140,00 DH

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

LABORATOIRE C.B.A  
D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. AMACHKI Abdelaziz

**HORMONOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - BACTERIOLOGIE - BIOCHIMIE**  
**VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE - SPERMIOLOGIE**

**DUPLICATA**

Prélèvement du : 10/06/2022 à 09:57

Résultats édités le: 04/07/2022



**MME EL BETTAH HENIA**

Dossier N° 21I396

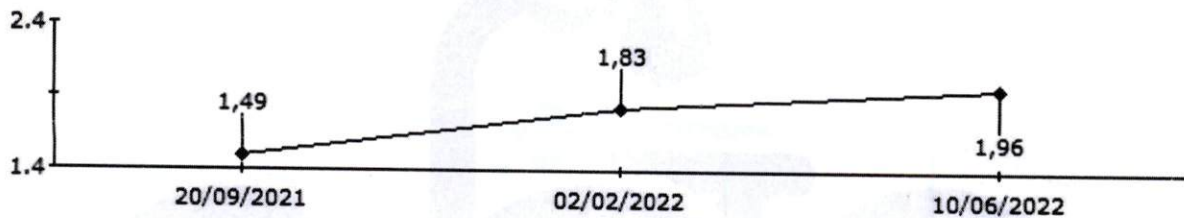
**Prescripteur: Docteur ZBIRI FATIMA**

Page: 1/2

**BIOCHIMIE SANGUINE**  
**(Sur Automate WIENER LAB® CM 250)**

**GLYCEMIE A JEUN.....: 1,96** g/l  
(Technique : Colorimétrie enzymatique) 10,90 mmol/l

Antécédent du 02/02/22 - 09:26 : 1,83 g/l



- 0.70 à 1.10 g/L : Taux normal
- Entre 1.10 et 1.26 g/L : Diminution de la tolérance au glucose
- > 1.26 g/L : Sujet diabétique

**LABORATOIRE C.B.A**  
**D'ANALYSES MEDICALES**  
Dr. AMACHKI/Abdelaziz

HORMONOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - BACTERIOLOGIE - BIOCHIMIE  
VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE - SPERMIOLOGIE

**DUPLICATA**

Prélèvement du : 10/06/2022 à 09:57

Résultats édités le: 04/07/2022



**MME EL BETTAH HENIA**

Dossier N° 21I396

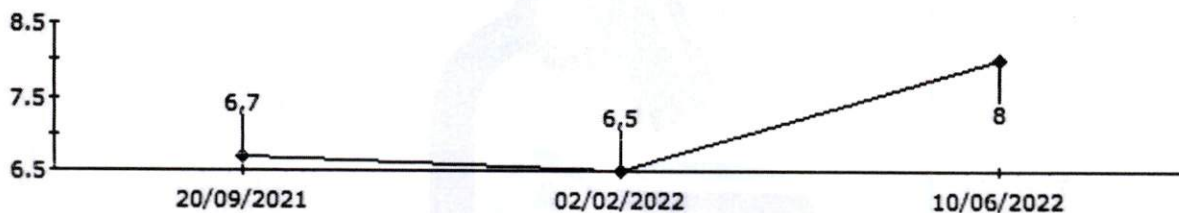
Prescripteur: Docteur ZBIRI FATIMA

Page: 2/2

**HEMOGLOBINE GLYQUEE- HBA1C -**  
**(Technique HPLC sur Automate TOSOH-GX)**

HBA1C : 8,0 %

Antécédent du 02/02/22 - 09:26 : 6,5 %



**Profil du patient**

Sujet non diabétique  
Diabète de type 2 traité par antidiabétiques oraux  
Diabète de type 2 traité par l'insuline  
Patients avec insuffisance rénale chronique  
Patients avec antécédents cardio-vasculaires  
Diabète de type 1  
Femme diabétique enceinte ou envisageant de l'être

**HBA1C cible**

4 à 6 %  
Inf à 6,5 %  
Inf à 7 %  
Inf à 7,5 %  
Inf à 8 %  
Inf à 7 %  
Inf à 6,5 %

Demande validée biologiquement par: Dr AbdelAziz AMACHKI

Total de pages: 2

**LABORATOIRE C.B.A**  
**D'ANALYSES MEDICALES**  
Dr. AMACHKI Abdelaziz