

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 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

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



Déclaration de Maladie

M22- 0005618

Courrier

- Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0480 Société : Royal Air Maroc
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : SBIAA Mohammed
 Date de naissance : 22/08/1944
 Adresse : 4 Lot Fabé Tahriket Sale 11000
 Tél. : 0607859654 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Dr. EL OUAZZANI Sara**
 Spécialiste en Endocrinologie
 Diabétologie et Maladies Métaboliques
 Date de consultation : 27/07/2022
 Nom et prénom du malade : SBIAA Mohammed Age : 76 ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : Diabète de type 2
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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 : SALE Le : 05/08/2022
 Signature de l'adhérent(e) : *SM*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0005618

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 0480
 Nom de l'adhérent(e) : SBIAA
 Total des frais engagés : 132570
 Date de dépôt : 05/08/2022

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
27/7/22	CS		250DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/7/22	550,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
27/7/22	B430	527,00

LABORATOIRE HOPITAL ANALYSES MEDICALES
 Laboratoire et du Radiologue
 Zarba, 999, Rés. Baraka II, Kiosque N°7-KARIA-SALE
 T. 0537 33 33 37 / E-mail: labohopital@gmail.com
INPE 103061578

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

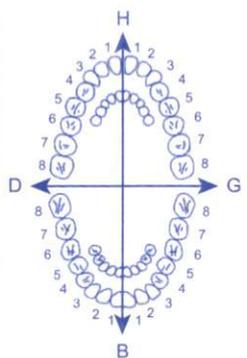
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

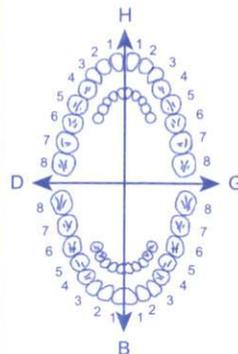
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D		B	
00000000	00000000		
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



29/07/2022
 Shraa Hamed Ate
 3 Loniglo 4mg 2 gelij
 325 13
 6880
 x2
 1376

PPV: 20DH00
 PER: 01/25
 LOT: 1.908
 18,00
 PPV: 20DH00
 PER: 03/25
 LOT: 1.908



- Diaformine 350mg
 1800
 x6
 10800
 0 - 2 - 2 - 4 ij
 - Kalma Gaz : 2 gelij
 2000 Doligrise : 1 st 2 (1j) (05j)
 1800 onifine spray : 1 applij
 6500 Fut de 03 mois

69 شارع عبد الرحيم بو عبيد - رقم 1 الطابق فوق مقهى "مرينا" - حي السلام - سلا

كونتيفلو[®]

كلور هيدرات تامسولوزين

CONTIFLO[®] OD

PPV: 109DH70

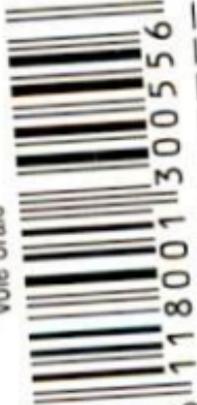
30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

○
CONTIFLO[®] OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale



6 118001 300556



GTIN: 18901296110185
Lot: DFC1842B
EXP: 05/2023
S.N.: UPP37F62WXV



30 كبسولة
ذات تحرير ممتد
عن طريق الفم

0.4 ملغ



كونتيفلو[®]

كلور هيدرات تامسولوزين

CONTIFLO[®] OD

PPV: 109DH70

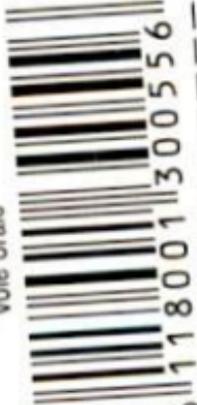
30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

○
CONTIFLO[®] OD 0.4mg

Boîte de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale



6 118001 300556



GTIN: 18901296110185
Lot: DFC1842B
EXP: 05/2023
S.N.: UPP37F62WXV



30 كبسولة
ذات تحرير ممتد
عن طريق الفم

0.4 ملغ



كونتيفلو[®]

كلور هيدرات تامسولوزين

CONTIFLO[®] OD

PPV: 109DH70

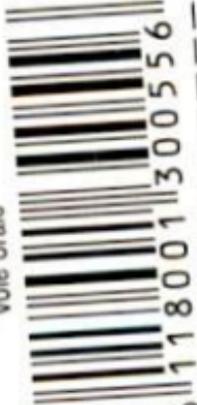
30 Gélules
à libération prolongée

Voie orale

0.4 mg

○
CONTIFLO[®] OD 0.4mg

Boite de 30 gélules à libération
prolongée
Voie orale



6 118001 300556



GTIN: 18901296110185
Lot: DFC1842B
EXP: 05/2023
S.N.: UPP37F62WXV



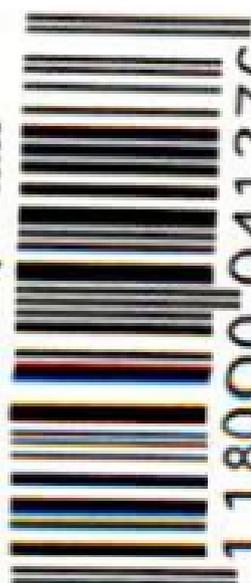
30 كبسولة
ذات تحرير ممتد
عن طريق الفم

0.4 ملغ



Diaformine® 850 mg
Metformina

30 comprimés pelliculés



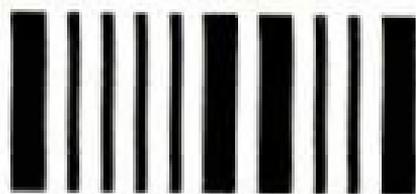
6 1 18000 041276

18,00

1 8 0 4 0 0
0 3 7 2 5
1 0 0 2

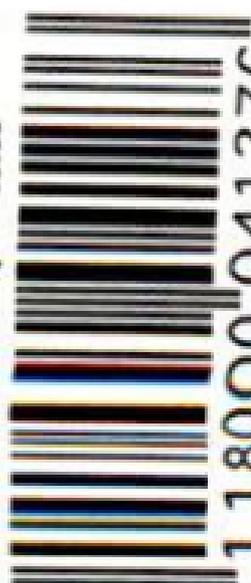
Diaformine®
Metformine

850 mg



Diaformine® 850 mg
Metformina

30 comprimés pelliculés



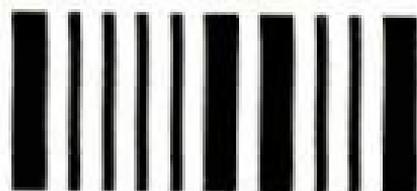
6 1 18000 041276

18,00

1 8 0 4 6 0
0 3 7 2 5
1 0 0 2

Diaformine®
Metformine

850 mg



Diaformine® 850 mg
Metformina

30 comprimés pelliculés



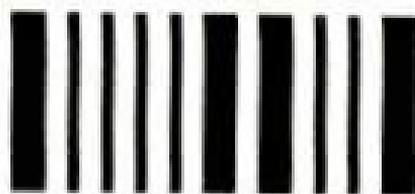
6 1 18000 041276

18,00

1 8 0 4 6 0
0 3 7 2 5
1 0 0 2

Diaformine®
Metformine

850 mg



Diaformine® 850 mg
Metformina

30 comprimés pelliculés



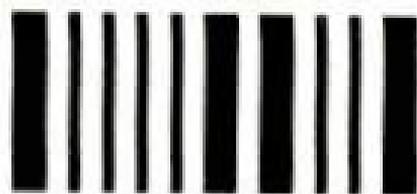
6 1 18000 041276

18,00

1 8 0 4 0 0
0 3 7 2 5
1 0 0 2

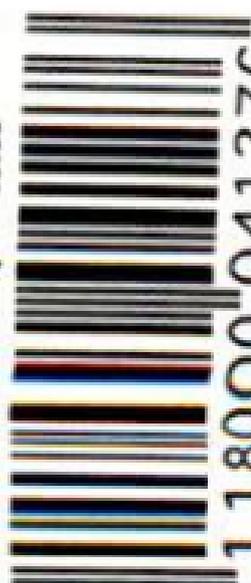
Diaformine®
Metformine

850 mg



Diaformine® 850 mg
Metformina

30 comprimés pelliculés



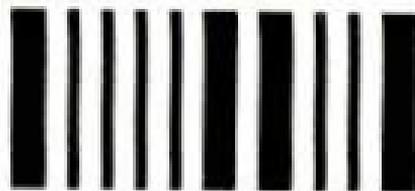
6 1 18000 041276

18,00

1 8 0 4 0 0
0 3 7 2 5
1 0 0 2

Diaformine®
Metformine

850 mg





30 comprimés

odia® 4 mg
Glimépiride

LOT 220526 1

EXP 02 2025

PPV 68 80

أوديا
جليمبيريد



4 ملغ
30 قرصا
من طريق الفم

- المدة
- صباح اليوم
- منتصف النهار
- مساء
- قبل النوم
- بعد النوم

ODIA® 4 mg

30 comprimés

AMM N° 244/19/DMP/21/NRQDNM



6 118000 022183





30 comprimés

odia® 4 mg
Glimépiride

LOT 220526 1

EXP 02 2025

PPV 68 80

أوديا
جليمبيريد



4 ملغ
30 قرصا
من طريق الفم

- المدة
- صباح اليوم
- منتصف النهار
- مساء
- قبل
- بعد

ODIA® 4 mg

30 comprimés

AMM N° 244/19/DMP/21/NRQDNM



9 118000 022183



Dr. EL OUAZZANI Sara
Spécialiste en Endocrinologie,
Diabétologie et Nutrition



الدكتورة الوازاني سارة
أخصائية في أمراض الغدد،
السكري والتغذية

27107122

Sbira Mohammed

- Hb A1c 6,5

- PSA

**LABORATOIRE L'HOPITAL
D'ANALYSES MEDICALES**

Av. Zarbin, 999, Rés. Baraka II, kiosque N°7-KARIA-SALE
Tel. 0537 83 33 37 / E-mail : labolhopital@gmail.com

Dr. EL OUAZZANI Sara
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie et maladies
Métaboliques

69 شارع عبد الرحيم بوعبيد - رقم 1 - الطابق 1 - فوق مقهى "مرينا" - حي السلام - سلا

69 Avenue Abderrahim Bouabid - Apt 1 - 1 er étage - Au dessus du café « Marina » - Hay Salam - Salé

☎ 05 37 81 22 79

✉ Drsaraelouazzani@gmail.com

laboratoire l'hopital d'analyses medicales

Dr. Bouchra ELKHIHAL

Honoraires

Salé, le 28/07/2022

Dossier N°: 280722855 du: 28/07/2022

Assurance privé

Médecin Dr :EL OUAZZANI SARA

N°Bon de soin Mle

Patient :Mr SBIAA M'hammed

Analyses	Valeur en B	Montant
Glycémie à jeun	30,00	36,000
Hémoglobine glyquée	100,00	120,000
PSA totale	300,00	360,000
Prélèvement sang veineux	0,00	11,000

Total B	430
APB	11,00
Total	527,00

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : Cinq Cent Vingt-Sept Dirhams ***

**LABORATOIRE L'HOPITAL
D'ANALYSES MEDICALES**
Av.Zarbia, 999, Rés. Baraka II, kiosque N°7-KARIA-SALE
Tél. 0537 83 33 37 / E-mail : labolhopital@gmail.com

Avenue Zarbia, 999, Résidence Baraka II, kiosque N° 7 - KARIA - SALE (A côté du nouvel Hôpital provincial de salé)

Tél. 05 37 83 33 37 - labolhopital@gmail.com

Identifiant fiscale n°: 25010037 - ICE : 002031570000043 -Taxe professionnelle n° : 28860338 -INPE : 103061578 - CNSS : 5877165

مختبر المستشفى للتحاليل الطبية LABORATOIRE L'HOPITAL D'ANALYSES MEDICALES

Biochimie - Hématologie - Hémostase - Hormonologie - Oncologie - Bactériologie
Virologie - Parasitologie - Mycologie - Immunologie - Spermologie

Dr. Bouchra EL KHIHAL
Médecin Spécialiste
en Analyses Biologiques Médicales
Ancien Médecin résidente au centre Hospitalier
Universitaire Ibn Sina - Rabat



الدكتورة بشرى الكيخال
طبيبة اختصاصية
في التحاليل البيولوجية الطبية
طبيبة مقيمة سابقا بالمركز الاستشفائي
الجامعي ابن سينا- الرباط



Salé, le 28/07/2022

Compte rendu d'analyses



Dossier N° : 280722855 Pvt du: 28/07/2022 9:07
Nom : Mr SBIAA M'hammed
Date de naissance : 01/01/1944
Prélèvement : Au laboratoire
Demandé par Dr : EL OUAZZANI SARA

Page : 1/1

BIOCHIMIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Glycémie à jeun	: 1,25 g/l	(0,7 - 1,15)	1,16 (12/04/22)
<i>(Technique : Enzymatique)</i>			
Hémoglobine glyquée	: 8,00 %	(4 - 6)	7,80 (12/04/22)
<u>Valeur de référence</u>			
Sujet normoglycémique : 4.00 à 6.00 %			
Sujet diabétique équilibré : Objectif ciblé autour de 6.50 %			
Diabète mal équilibré : Taux supérieur à 8.50 %			

MARQUEURS TUMORAUX

		Valeurs Usuelles	Antériorité
PSA totale	: 3,74 ng/ml	(Inférieur à 4)	0,007 (29/10/21)

(Technique : ECLIA/ Roche e 411)

Interprétation du taux de PSA total en fonction de l'âge en ng/ml:

- < 40 ans : < 1.4
- < 40-59 : < 2.0
- < 50-59 : < 3.1
- < 60-69 : < 4.1
- < 70 : < 4.4

L'interprétation du PSA doit tenir compte de l'âge du patient, de son histoire médicale et d'éventuels gestes diagnostiques ou thérapeutiques effectués sur la prostate . Pour un taux de PSA total compris entre 4 et 10 ng/ml, il est conseillé de doser la PSA libre pour calculer le rapport PSA libre/PSA total

Dr. El KHIHAL Bouchra
Médecin Biologiste
LABORATOIRE L'HOPITAL D'ANALYSES MEDICALES
Av. Zarbia, 999, Rés. Baraka II, Kiosque N°7
Karia - Salé - Tél : 0537 33 33 37

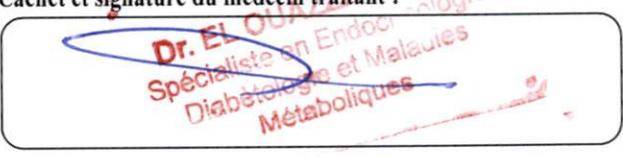
Avenue Zarbia, 999, Résidence Baraka II, kiosque N°7-KARIA-SALE

(A côté du nouvel Hôpital provincial Moulay Abdellah de SALE)

شارع الزربية، 999 اقامة البركة 2، كيويسك 7 - قرية - سلا (قرب المستشفى الاقليمي مولاي عبد الله)

Tél : 05-37-83-33-37 - Fax : 05-37-83-65-50 E-mail : labolhopital@gmail.com

DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	Sbiaa N Hammed
Matricule : 0480	N° CIN :
Adresse : 4 Lot Fabe' Tabriket Sale'	
Bénéficiaire de soins : <input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	Spécialité : endocrinologue
N° ICE :	N° INPE : 22246007
Certifie que Mlle, Mme, M. :	Shiaa N Hammed
Nécessitant un traitement d'une durée : <input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie	
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement : <p style="text-align: center;">HbA2C : 6.5%</p> <p style="text-align: right;">Diabète de type 2 hypertrophie benigne de la prostate</p>	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit : <ul style="list-style-type: none"> - Glucophage 850 mg : 2 cpj - Ozempic 4 mg : 2 cpj - Diabemine 850 mg : 2 cpj 	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	le 27/07/2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantit la confidentialité des informations communiquées