

## 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 3 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° W21-696654

128533

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3428 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Zizi Mohamed

Date de naissance : 26/06/56

Adresse : 12 Rue Michel-Auge Dalme

Tél. : 051 331633 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 1

Nom et prénom du malade : Zizi Mohamed 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 : 10/06/22

Signature de l'adhérent(e) :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15/06/2022      | B.Pae             | Goodh                 |                                 | INP: 0811184071  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| HARMACIE MOUDEL CHIRIA<br>N° 5, Km 5, Route de Marrakech<br>Marrakech Tél 05 24 88 42 14 | 15/06/2022 | 136,70 DH             |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| LABORATOIRE DAR ASSA<br>SARL AU 207540 - Marrakech<br>Tél: 05 24 20 75 40 - Fax: 05 24 20 75 40 | 15/06/2022 | B.100                        | 1000dh                 |

# 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 : <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"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                  |  | H  |  | H | 25533412 | 21433552 |  | 00000000 | 00000000 |  | D |  | G | 00000000 | 00000000 |  | 35533411 | 11433553 |  | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                            | H   |                  | H  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|                            | 25533412  | 21433552         |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|                            | 00000000  | 00000000         |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|                            | D   |                  | G  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|                            | 00000000  | 00000000         |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|                            | 35533411  | 11433553         |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|                            | B   |                  |  |  |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |   |          |          |  |          |          |  |   |  |  |  |
|                            | [Création, remont, adjonction]<br>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



**LABORATOIRE DAR ASSALAM**  
**D'ANALYSES MEDICALES**

**مختبر دارالسلام**  
**للتحاليل الطبية**

**الدكتور خليل حواش**  
**Dr. Khalil HAOUACH**  
Médecin Biologiste  
Professeur d'Hématologie Biologique  
Ex. Chef de Service du Laboratoire D'Hématologie  
De la Faculté de Médecine de Marrakech et du CHU Méd VI

**Prélèvement à domicile sur RDV**

**Horaires d'ouverture :** Du Lundi au Vendredi 07h30 - 19h00 - Samedi 07h30 - 13h00

2-Immeuble AHLAM - A - Av. Yacoub El Mansour - Guéliz - 40000 Marrakech  
GSM : 0662 100 852 - Tel : 05 24 20 75 20 - Fax : 05 24 20 75 24  
E-mail : labodarassalam@gmail.com - Site web : www.labodarassalam.com

**ORDONNANCE**

Nom et prénom :

Dr. El Cohem med.

74.70

1) Depren 500 mg. cp.



1cp x 2/j pendant 8j.

22.20

2) Codoliprame cp.



1cp x 3/j.

39.70

3) Fensline pommasse



1 App x 2/j

Dr. El Cohem med.

T. 36.70



Le :

ORDONNANCE

le 15/06/2022

Nom et prénom :

M. Mohammed

Patient âgé de 66 ans,  
Papavir de l'ongle

Prise de soin avec HBA 1C.

مختبر دار السلام للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE DAR ASSALAM  
SARL AU  
3, Av. Yacoub El Mansour, Marrakech  
Tel: 05 24 20 75 20 - Fax: 05 24 20 75 24  
Gsm: 06 62 10 08 52

Dr. [Signature]

Le :

le 15/06/2022.

## ORDONNANCE

Nom et prénom : Compte Rendu

opératoire

Mr Zizi Mohamed.

- Indication = Pilonaire collée.
- Anesthésie = locale.
- Incision si la lame foriste, drainage
- Lavage si l'eau oxygénée
- Pansement.

Dr Saad LAHMITI

Chirurgien Maxillo-facial  
Consultant en Chirurgie Maxillo-faciale  
Généraliste

Dr Saad LAHMITI  
Centre d'affaires Taleb, n°17, 2ème étage  
Gueliz, Marrakech, Maroc  
INPE : 20742900  
15/06/22

## Note d'honoraires

Mr

Mlle. Mohammed zizi

Nom et prénom du médecin : Dr LAHMITI  
Saad

N°de l'INPE : 071184071

N°de l'ICE : 45196342

N°de l'IF : 20742900

- Bloc

Montant global : 600 Dh

Mode de paiement ☒ espèces ☐ chèque

Signature et cachet

Dr Saad LAHMITI  
Chirurgien Maxillo-facial  
D'Affaires Taleb, n°17, 2ème étage  
Gueliz, Marrakech, Maroc  
INPE : 20742900



الدكتور خليل حواش  
Dr. Khalil HAOUACH  
Médecin Biologiste

# مختبر دار السلام للتحاليل الطبية LABORATOIRE DAR ASSALAM D'ANALYSES MEDICALES

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie  
Cytométrie en Flux - Cytogénétique - Biologie moléculaire - Biologie de la procréation

- Professeur d'Hématologie Biologique
- Ex. Chef de Service du Laboratoire d'Hématologie de la faculté de Médecine et de CHU Med VI de Marrakech
- Ex. Professeur Associé à la Faculté de Médecine de Lyon- France

**FACTURE: 1642/22**

MARRAKECH le  
Nom et prénom  
Référence  
Médecin prescripteur

15/06/2022  
ZIZI MOHAMED  
22F410  
Docteur LAHMITI SAAD

| Acte de biologie demandé                    | Cotation (B) |
|---|--------------|
| Hb GLYCOSYLEE. HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HBA1C | 100          |
| Total du (B)                                | B 100        |
| Prise de sang (PC)                          | 0,00 DH      |
| Montant en DH                               | 100,00 DH    |

Arrêtée la présente facture à la somme de: CENT DIRHAMS

مختبر دار السلام للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE DAR ASSALAM  
SABT AU  
2, Av. Yacoub El Mansour, Marrakech  
Tél: 05 24 20 75 20 - Fax: 05 24 20 75 24  
Gsm: 06 62 10 08 52

Prélèvement à domicile sur RDV - Horaires d'ouverture : Du lundi au Vendredi 07h30 - 19h00 - Samedi 07h30 - 13h00

2- Immeuble AHLAM - A - Av. Yakoub El Mansour - N° 1 - Guéliz - 40000 Marrakech - GSM : 06 62 100 852 - Tél : 05 24 20 75 20 - Fax : 05 24 20 75 24

E-mail : labodarassalam@gmail.com - site web : www.labodarassalam.com

Patente : 45301179 - IF : 25297829 - CNSS : 1385066 - INPE : 070165678 - ICE : 002105975000075





الدكتور خليل حواش  
Dr. Khalil HAOUACH  
Médecin Biologiste

# مختبر دار السلام للتحاليل الطبية LABORATOIRE DAR ASSALAM D'ANALYSES MEDICALES

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie  
Cytométrie en Flux - Cytogénétique - Biologie moléculaire - Biologie de la procréation

- Professeur d'Hématologie Biologique
- Ex. Chef de Service du Laboratoire d'Hématologie de la faculté de Médecine et de CHU Med VI de Marrakech
- Ex. Professeur Associé à la Faculté de Médecine de Lyon- France

Prélèvement du : 15/06/2022 à 14:18

Résultats édités le: 15/06/2022

Prescripteur: Docteur LAHMITI SAAD

ZIZI MOHAMED

Dossier N° 22F410

Page: 1/1

## BIOCHIMIE (TOSOH HPLC)

HEMOGLOBINE GLYQUEE HbA1c.....: 6,00

### Interprétations

Normal: 3.9% à 6.0%

Diabète équilibré: 6.00% à 7.00%

Diabète déséquilibré: > 7%

N.B: Résultat sous réserve de la vérification de l'identité du malade.

Total de pages: 1

مختبر دار السلام للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE DAR ASSALAM  
2, Av. yakoub El Mansour,  
Guéliz - Marrakech  
Tél: 05 24 20 75 20 - Fax: 05 24 20 75 24  
Gsm : 06 62 10 08 55

Prélèvement à domicile sur RDV - Horaires d'ouverture : Du lundi au Vendredi 07h30 - 19h00 - Samedi 07h30 - 13h00

2- Immeuble AHLAM - A - Av. Yakoub El Mansour - N° 1 - Guéliz - 40000 Marrakech - GSM : 06 62 100 852 - Tél : 05 24 20 75 20 - Fax : 05 24 20 75 24

E-mail : labodarassalam@gmail.com - site web : www.labodarassalam.com

Patente : 45301179 - IF : 25297829 - CNSS : 1385066 - INPE : 077165678 - ICE : 002105975000075