

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- N° 004921

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1823 Société : R-A-M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL FARÁ Mohamed

Date de naissance : 05/09/1955

Adresse : Ain Chock Rue 129 N°34 CHABLANCA

Tél : 0661 978518 Total des frais engagés : 470 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

INPISA 134302

Date de consultation : 13 / 01 / 2023

Nom et prénom du malade : EL FARÁ Mohamed Age :

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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☒ ALD ☒ ALC Pathologie : Diabète

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 : CHABLANCA Le 23 / 01 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/01/23	Bleu 2.000	470
		Vert 1.000	
	Non		

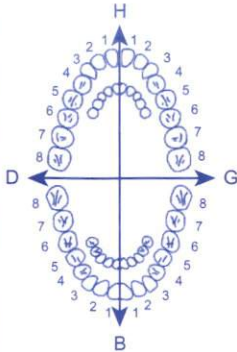
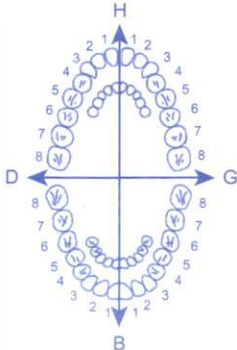
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

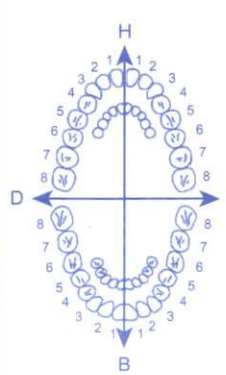
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1"> <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> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
				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

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

	<p>H</p> <table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> <p>B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<p>Coefficient des Travaux</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
	25533412	21433552								
00000000	00000000									
00000000	00000000									
35533411	11433553									
<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<p>Montants des Soins</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>									
		<p>Date du Devis</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>								
		<p>Date de l'exécution</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

le 13/02/2023

Mr/Mme

ELFARA

LAARA
LAARA

John

three - creat

HDFAC

GAT

CCT - HDL - LDL

-TG

Dr. EL FADLI MOUNIA
Médecine Générale
C/S Derb Elkheir
Délégation Ain Chock

EXAMÉD
LABORATOIRE
TAOUFIK LOUANJI
SCIEN BIOLOG
CIEN OTHMAN
DE S

EXAMEN
LABORATOIR
TACUFIK LOUANGJI
PHARMACIEN BIOLOGISTE
MEDICAL SID OTHMAN AV 10 MARS
SID OTHMAN
SAE. - 22 58 19 88 FAX. 05 22 69 46 86

Cachet du médecin



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

EXAMED

LABORATOIRE

S.A.R.L. au Capital de 100.000,00 Dhs - R.C. 121337 - Patente : 32740051 - Ident. Fiscal : 2821353 - ICE : 000079511000007 - INPE : 093000404
Centre Médical Sidi-Othman, Av. 10 Mars, Place de la Prefecture, Sidi Othman - CASA - Tél.: 05 22 59 95 95 - WhatsApp : 06 50 34 98 22

Taoufik LOUANJLI
Pharmacien-Biologiste

N° 2300547

DIS Biologie Médicale
Biologie de la Reproduction
Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux.

Nom/Prénom : **Monsieur EL FARA Mohamed**

Casablanca le : 16/01/2023

Medecin : **Dr Mounia EL FADILI**

Analyses	Clé	Cotation
GLYCEMIE A JEUN	B	20
UREE	B	20
CREATININE	B	20
CHOLESTEROL TOTAL	B	20
CHOL HDL	B	45
CHOLESTEROL LDL	B	45
TRIGLYCERIDES	B	50
HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE	B	100
Montant en Dhs:	470.00	

Arrêtée la présente facture à la somme de: **Quatre Cent Soixante Dix Dirhams**

EXAMED
LABORATOIRE
TAOUFIK LOUANJLI
PHARMACIEN-BIOLOGISTE
CENTRE MEDICAL SIDI OTHMAN AV 10 MARS
SIDI OTHMAN - CASA - TEL: 05 22 59 95 95 - WHATSAPP: 06 50 34 98 22

Code Patient : 484844
Date du prélèvement : 16/01/23
Dossier édité le : 16/01/2023

Monsieur Mohamed EL FARA
Référence : 160123 523
Dr. Mounia EL FADILI

Page: 1/1

BIOCHIMIE

Valeurs de référence

Antécédents

GLYCEMIE A JEUN : **1.56** ** g/l (0,70 à 1,10) 19/11/22 : 1.71
ou : 8.66 mmol/l (3,88 à 6,12)

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C)... : **8.40** % 19/11/22 : 7.70
(Par Technique HPLC, Selon le DCCT/NGSP)

-L'hémoglobine glyquée d'un sujet normal ou d'un diabétique équilibré se situe entre 4,2 et 6,5%.
-L'hémoglobine glyquée d'un sujet diabétique non traité ou non équilibré est supérieure à 8,5%.

UREE : **0.19** g/L (0,10 à 0,50) 19/11/22 : 0.18
ou : 3.15 mmol/L (1,70 à 7,60)

CREATININE : **11.3** mg/L (7,0 à 13,0) 19/11/22 : 11.3
ou : 99.4 µmol/L (44 à 106)

CHOLESTEROL TOTAL : **1.20** ** g/L (1,40 à 2,20) 19/11/22 : 1.37
ou : 3.10 mmol/L (3,61 à 5,68)

CHOLESTEROL HDL : **0.40** g/l (> à 0,40) 19/11/22 : 0.41
ou : 1.03 mmol/l (> à 1,03)

CHOLESTEROL LDL : **0.67** g/L 19/11/22 : 0.83
ou : 1.73 mmol/L

Nbr de facteurs de risque*	Valeur Cible du LDL-C (g/L)
aucun	< 2,20
1	< 1,90
2	< 1,69
> ou = 3	< 1,30
Patient à haut risque	< 1,00

*: Diabète, obésité, HTA, age>60ans, tabac, HDL-C<0,40g/L et antécédents familiaux de maladie coronaire.
(AFSSAPS, Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique. Recommandations, 2005.)

TRIGLYCERIDES : **0.66** g/l (< à 1,50)
ou : 0.75 mmol/l (< à 1,72)

EXAMED
LABORATOIRE
Taoufik LOUANJLI
Pharmacien - Biologiste
Centre Médical Sidi Othman, Av. 10 Mars
Place de la Prefecture - Sidi Othmane - Casablanca
Tél.: 05 22 59 95 95 - WhatsApp : 06 50 34 98 22

Biologiste