

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- 0057036

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 412 Société : 146540

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAROUSSI SAADIA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0057036

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

[illegible][illegible][illegible][illegible]

VOLET ADHERENT

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

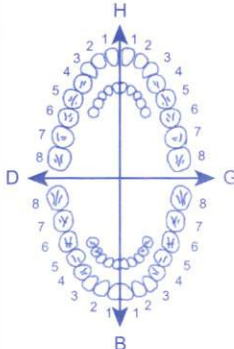
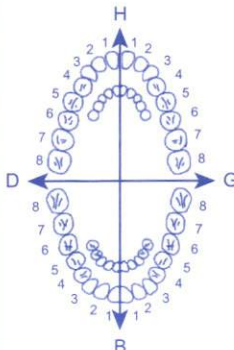
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 </div> <div style="text-align: center;"> G 21433552 00000000 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> B 00000000 11433553 </div> </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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								
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire											
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553		
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
00000000	00000000											
35533411	11433553											
(Création, Remont, adjonction)												
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession												

Visa et cachet du praticien attestant le devis	Visa et cachet du praticien attestant l'exécution
--	---

VOLET ADHERENT	NOM: <u>Laaroussi Saadia</u>	Mle <u>412</u>
DECLARATION N°	W17-118093	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>20/01/2023</u>	<u>1042,7</u>	<u>3 pièces</u>
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W17-118093

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>412</u>
Nom & Prénom <u>LAROUSSI Saadia</u>		Signature de l'adhérent
Fonction: <u>retraitee</u>	Phones: <u>06.93.05.41.43</u>	Signature de l'adhérent
Mail: <u>Veuve Aouny Paey Farid</u>		
MEDECIN	Prénom du patient <u>LAROUSSI Saadia</u>	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age	Date <u>16/01/2023</u>
Nature de la maladie		Date 1ère visite
<u>Découverte vague + DNI</u>		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<u>C1</u>	<u>2</u>	<u>2000</u>
PHARMACIE	Date <u>16/01/23</u>	
Montant de la facture	<u>273,70 DH</u>	
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
<u>B</u>	<u>56904</u>	
AUXILIAIRES MEDICAUX		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Docteur BARRANE Hassan
 Médecine Générale
 Res. Shakira Imm. B. N° 112 Bd. Des P.A.R.
 (Route de Rabat) Tanger -
 Tél.: 05 39 24 4493 / 06 61 25 96 26
Pharmacie BARRANE AHLEN
 D. Samir BENABDEL
 D. Samir BENABDEL
 Lotis: Maroc N° 55 - Tanger
 Tél.: 05 39 42 31 42
INPE: 162085930
LABORATOIRE AOUFI
ANALYSES MEDICALES
DR. MOUHAOUFI
MEDICIN BIOLOGISTE
INPE 162085930

Docteur BARRANE Hassan

Médecine Générale

- Diplôme d'Echographie Générale
- Certificat d'Expertise Médicale
- D.U de Médecine de travail
- Lauréat de la faculté de Médecine de Casablanca

الدكتور بران حسن
الطب العام

- دبلوم جامعي فو الفحص بالصدى
- شهادة جامعية في الخبرة الطبية
- دبلوم جامعي طب الشغل
- خريج كلية الطب بالدار البيضاء

طنجة في : 16/01/2023
Tanger, le :

CARMOUSH

SANIA

168.20
① -

1s

Augment 1s (car mou)
= 5 x 21; x 8;

3216
② -

1s

mael rip (sans mou)
= 10 x 21;

25.10
③ -

1s

PARADIA 1000L

Pharmacie RIAD AHLEN
BENABES
Rue de la Pharmacie
N° 55 - Tanger
Tél: 05 39 42 31 42

Docteur BARRANE Hassan
Médecine Générale
Résidence Chakira Imm A8, N° 112 Bd. des F.A.R
(Route de Rabat) Tanger
Tél: 05 39 42 31 42 / 06 61 25 96 26

Pharmacie RIAD AHLEN
BENABES
Rue de la Pharmacie
N° 55 - Tanger
Tél: 05 39 42 31 42

إقامة شكيريا عمارة A8 شقة 112 شارع الجيش الملكي (طريق الرباط) طنجة الهاتف 06 61 25 96 26 / 05 39 38 44 93
Résidence Chakira Imm A8, N° 112 Bd des F.A.R (Route de Rabat) Tanger - Tél: 05 39 38 44 93 / 06 61 25 96 26
Email: barraneh@gmail.com - ICE 002037959000006 - INP: 151017795

PPV (DH) :

32,50

LOT N° :

UT. AV.:

موكسول

أمبروكسول

بدون سكر

IPRADIA® LP 1000 mg
Boîte de 30 comprimés à libération prolongée



6 118000 023517

1000 ملغ

30

قرص بتحرير ممتد

عبر الفم



Composition :

Metformine chlorhydrate 1000,00 mg
Excipients ..q.s.p. 1 comprimé à libération prolongée
Posologie, mode d'administration et mises en garde spéciales :

Lire attentivement la notice avant utilisation.
Voie orale.

A conserver à une température ne dépassant pas 30°C.

المدّة
صاح
مستعمل
مساء
قبل
بعد

التركيبية :

ميتفورمين هيدروكلوريد..... 1000,00 ملغ
السواغات..... كمية كافية لقرص بتحرير ممتد
الكمية، طريقة الإستعمال و التحذيرات الخاصة :
اقرأ النشرة الداخلية بدقة قبل الإستعمال.

عبر الفم.

يحفظ هذا الدواء في درجة حرارة لا تتجاوز 30 درجة مئوية.



12/20

IPRADIA LP 1000 mg

Metformine chlorhydrate

30 Comprimés à libération prolongée

إبراديا LP 1000 ملغ

ميتفورمين هيدروكلوريد

30 قرص بتحرير ممتد

IPRADIA LP

Metformine chlorhydrate

1000 mg

30 Comprimés à libération prolongée

Voie orale

DURÉE MATIN MIDI SOIR AVANT APRÈS

Tenir hors de la vue et de la portée des enfants
يحفظ هذا الدواء بعيداً عن مرمى و متناول الأطفال

Ce médicament + grossesse + Danger
لا يجب استعماله في حالة الحمل إلا في حالة يحددها الطبيب
Ne pas utiliser chez la femme enceinte, sauf en l'absence d'alternative thérapeutique

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
يجب الإلتزام بالجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Tableau A (Liste I)

يصرف بموجب وصفة طبية - لائحة أ (قائمة I).



Titulaire d'AMM/Fabricant :
Laboratoires SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

حامل رخصة التصديق الممنع :
مختبرات سوطيما
27182 بوسكورة - المغرب

دازين 10.000 وحدة
سيرايتاز



40 Comprimés enrobés gastro-résistants
Serrapeptase
DASEN® 10 000 UI

40 قرصا ملبسا
معدي - مقاوم
عن طريق الفم



مختبرات سينثيمديك
20 - 22 منطقة زبير بن العوام
المسحور، السوداء - الدار البيضاء

مقارير - كينبة الاستعمال
ارشادات - حالات عدم الاستعمال
انظر البيان

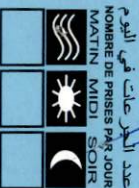
IMPRIMEPEL
81/10

DASEN® 10 000 UI
Serrapeptase

DASEN® 10 000 UI
Serrapeptase

40 Comprimés enrobés
gastro-résistants

Voie orale



Laboratoires SYNTHEMEDIC
20-22, Rue Zoubir Boum El Aouam
Roches Noires - Casablanca



Composition :
Serrapeptase 10.000 unités.
Excipients q.s.p. 1 comprimé enrobé gastro-résistant
Excipient à effet noircie : Lactose. Colorant jaune orangé S (E110)
Ne pas laisser à la portée des enfants
A conserver à une température inférieure à 25 °C.

65x20x90

351038-03

PPV :
EXP :
Lot N° :

47,80



poudre pour suspension
buvable en sachet



1g / 125 mg

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg
Sachets

..... sachet(s) fois par jour à
prendre de préférence au début des repas,
pendant jours.
Lire attentivement la notice avant emploi.
... كيس... مرة في اليوم يتناول من الأفضل قبل الأكل، خلال ... يوم.

Uniquement sur ordonnance

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPU: 168,20 DH
LOT: 649756
PER: 03/24



AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg

Composition :

Amoxicilline 1g
(sous forme trihydratée)
Acide clavulanique 125mg
(sous forme de clavulanate de
potassium).
Contient de l'aspartame (environ
30mg).

Mise en garde spéciale : risque
d'allergie.

Voie orale

Tenir hors de la portée et de la
vue des enfants.

Conserver à une température
inférieure à 25°C et à l'abri de
l'humidité.



gsk

AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg

16 SACHETS

poudre pour
suspension
buvable
en sachet



أوغمنتين 1 غ / 125 ملغ

أموكسيسيلين/ الحمض كلافو لاينيك

مصحوق لمستعلق في كيس قابل للشرب



AUGMENTIN
AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE

1g / 125 mg

هذا الدواء قد يسبب حالات حساسية.
يحفظ بعيدا عن متناول ومراى
الأطفال، تحت درجة حرارة
أقل من 25° وبعيدا عن الرطوبة.
افروا النشرة باتباه قبل الاستعمال

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda,
Région de Rabat

Information médicale :
GlaxoSmithKline Maroc
42-44 Angle Bd Rachidi
et Rue Abou
Hamed AlGhazali,
Casablanca 20 000

BILAN BIOLOGIQUE

Nom : CHABOUCH SHAMA

INFLAMMATION

- ☐ - CRP
☐ - VS 1^{ère} heure et 2^{ème} heure

IONOGRAMME

- ☐ - Potassium, Sodium, Chlore
☐ - Réserve alcaline
☐ - Protides totaux

BILAN LIPIDIQUE

- ☐ - Triglycérides
☐ - Cholestérol total
☐ - Cholestérol HDL
☐ - Cholestérol LDL

BILAN HEPATIQUE

- ☐ - SGOT (ASAT), SGPT (ALAT)
☐ - Gamma GT
☐ - Phosphatases alcalines

BILAN URINAIRE

- ☐ - Protéinurie des 24 heures
☐ - ECU
☐ - Ionogramme urinaire

BILAN GLYCEMIQUE

- ☐ - Glycémie à jeun
☐ - Glycémie post prandiale
☒ - HbA_{1c}

DIVERS

- ☐ - Myoglobine
☐ - Troponine
☐ - Electrophorèse des protéines

HEMOGRAMME =

(NUMERATION- FORMULE -SANGUINE)

- ☐ - Globules rouges - Hémoglobine
Hématocrite - Globules blancs...
☐ - Plaquettes

BILAN DE LA FONCTION THYROIDIENNE

- ☒ - ~~T3~~, ~~T4~~, TSH

BILAN DE LA COAGULATION

- ☐ - Taux de prothrombine
☐ - INR
☐ - TCA malade/TCA témoin
☐ - Fibrinogène

BILAN DE LA FONCTION RENALE

- ☒ - Créatinine
☒ - Urée plasmatique

EXPLORATION DE LA PROSTATE

- ☐ - PSA

ENZYMES MUSCULAIRES

- ☐ - LDH
☐ - CPK
☐ - CPK-mb

Cachet



مختبر العوفي للتحليلات الطبية

Laboratoire Aoufi d'Analyses Médicales

د. منى العوفي Dr. MOUNA AOUIFI

طبيبة متخصصة في التحاليل البيولوجية / ملحققة سابقة بمستشفيات مدريد - إسبانيا

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale / Ancienne Attachée à l'Hôpital La Paz à Madrid
Ancienne Responsable du Laboratoire d'urgence à l'hôpital I Sofia à Madrid

Facture

N° facture : 2023-00520

Edité le : 18/01/2023

Patient : Mme LAROUSI Saadia

Date prélèvement : 17/01/2023

Analyses	Valeur en B	Montant
Urée	30	40,20
Créatinine	30	40,20
Hémoglobine glycosylée	100	134,00
TSH us	250	335,00
Total B	410	549,40
APB	1,00	20,00
Majoration de garde		
Deplacement		
Total		569,00

LABORATOIRE AOUIFI
D'ANALYSES MEDICALES
DR. MOUNA AOUIFI
MEDECIN BIOLOGISTE
INPE 163143911



مختبر العوفي للتحليلات الطبية

Laboratoire Aoufi d'Analyses Médicales

د. منى العوفي Dr. MOUNA AOUIFI

طبيبة متخصصة في التحاليل البيولوجية / ملحقة سابقة بمستشفيات مدريد - إسبانيا

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale / Ancienne Attachée à l'Hôpital La Paz à Madrid
Ancienne Responsable du Laboratoire d'urgence à l'hôpital I Sofia à Madrid



Tanger, le 18/01/2023

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 170123-051 Pvt du: 17/01/2023

Nom : Mme LAROUSSE Saadia

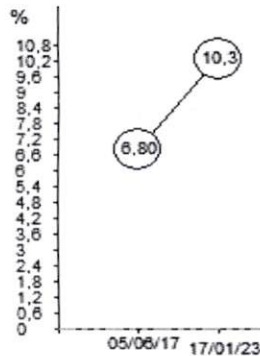
Demandé par Dr : BARRANE HASSAN

Page : 1/1

BIOCHIMIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Urée	: 0,35 g/l	(0,15 - 0,45)	0,46 (05/06/17)
Créatinine	: 8,46 mg/l	(5 - 11)	8,78 (05/06/17)
Hémoglobine glycosylée	: 10,30 %	(Inférieur à 6,5)	

(Technique : HPLC sur ARKRAY Menarini)



Suivi de Hémoglobine glycosylée

Date

ENDOCRINOLOGIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
TSH-us : Thyroestimuline-Hormone	: 0,62 uUI/mL		1.90 (05/06/17)

Tech: EIA sur Architect (ABBOTT)

Euthyroïdie : 0.25-5 µUI/mL

Hyperthyroïdie : < 0.15 µUI/mL

Hypothyroïdie : > 7 µUI/mL

Grossesse:

- 1er trimestre: 0.03-2.5uUI/mL

- 2ème et 3 ème trimestre: 0.03-3 uUI/mL

LABORATOIRE AOUIFI
D'ANALYSES MÉDICALES
Av. Al Arabie saoudite, Leayoun 25
1er Etage
Tél. 05 39 42 00 43 Fax: 05 39 38 37 92
Le Biologiste

===== HA-8380V V01.14 =====

17-01-2023 17:01 Fast

MEAS No. 0004 Port No. 0001 ,

ID 470123051

*
HbA1c 90 mmol/mol
HbA1c 10.3 %
HbF 0.6 %

		R. time	Area	%
P1		6	1349	3.0
P2	F	10	273	0.6
P3	L-A1c	12	1367	3.0
P4	S-A1c	18	4589	10.1
P5	A0	36	37953	83.4
Total area value			45531	

35mOD

