

## 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

- 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 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° W21-793399

156282

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **KAM**

Matricule : ..... Société : .....  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : **K+Ali**


Nom & Prénom : **NASSIR**

Date de naissance : **26.02.77**

Adresse : **Rue Abdou Calafoutine Im 17 Afs 10**  
**Ain Chock Casablanca**

Tél. : **06 19 72 00 00** 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 : .....

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



### 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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Secrétariat AL QODS Laboratoire et du Radiologue Casa - Tél.: 0522 87 22 29 ICE: 002533445000	15/03/23		199,2 Dhs
Secrétariat AL QODS Laboratoire TOUJANI AL QODS Tél.: 0522 87 22 29 ICE: 002533445000	15/03/23		199,2 Dhs

### 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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></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>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	(Création, remont, adjonction) 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"/>																	

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc  
Forces Armées Royales  
Hopital Militaire  
D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية  
القوات المسلحة الملكية  
المستشفى العسكري الدراسي  
محمد الخامس

27 Fevr 2023

Dr - Najib Khelil

pour son

- GAG

- HOGA

Secrétariat  
Laboratoire TOUZANI AL QODS  
567, Bd. Al Qods Ain Chock  
Casa - Tél: 0522 87 22 23/24  
ICE: 002 3344 5000027

Médecin Commandant MERYEM ZERRIK  
Professeur Assistant  
en Médecine Aéronautique  
CEMPN - HMIMV - RABAT  
INPE: 101224269

Secrétariat  
Laboratoire TOUZANI AL QODS  
567, Bd. Al Qods Ain Chock  
Casa - Tél: 0522 87 22 23/24  
ICE: 0025 3344 5000027

**FACTURE N° : B230324013**

Casablanca le 24-03-2023

**M Khalid NAJIB**

Date de l'examen : 24-03-2023

INPE : 093064350

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25
0118	Glycémie	B30
	HbA1c	B100

Total des B : 130

TOTAL DOSSIER : 199.2 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingt-dix-neuf dirhams  
vingt centimes

Secrétariat  
Laboratoire TOUZANI AL QODS  
567, Bd. Al Qods Ain Chock  
Kasa - Tél.: 0522 87 22 23 / 24  
ICE: 002533445000027

**La Qualité est notre souci permanent**

567, Boulevard Al Qods, El Omariya Lot Assakan Al Anik - Casablanca - Maroc

Tél : 05 22 87 22 23 / 24 - E-mail : alqods@laboratoire-touzani.ma

Prélèvements à domicile sur rdv

INPE : 093064350 - Patente : 34082875 - IF : 45772974 - ICE : 002533445000027 - CNSS : 2632098





LABORATOIRE  
**TOUZANI**  
AL QODS

**Dr. Omar TOUZANI**

Spécialiste en : Biologie de la Reproduction et Oncofertilité -  
Hématologie - Immunologie - Biochimie - Bactériologie  
Virologie Clinique - Biologie moléculaire et génétique  
Ancien interne des Hôpitaux de Marseille

**FACTURE N° : B230315013**

Casablanca le 15-03-2023

**M Khalid NAJIB**

Date de l'examen : 15-03-2023

INPE : 093064350

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25
0118	Glycémie	B30
	HbA1c	B100

Total des B : 130

TOTAL DOSSIER : 199.2 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingt-dix-neuf dirhams  
vingt centimes

Secrétariat  
Laboratoire TOUZANI AL QODS  
567, Bd. Al Qods Ain Chock  
Casablanca - Tél.: 0522 87 22 23/24  
ICE: 002533445000027

**La Qualité est notre souci permanent**

567, Boulevard Al Qods, El Omariya Lot Assakan Al Anik - Casablanca - Maroc

Tél : 05 22 87 22 23 / 24 - E-mail : alqods@laboratoire-touzani.ma

Prélèvements à domicile sur rdv

INPE : 093064350 - Patente : 34082875 - IF : 45772974 - ICE : 002533445000027 - CNSS : 2632098



Code Patient B230213021



Prélèvement du : 24-03-2023  
au labo à 12:10  
**Demande N° : B230324013**  
Edition : 24-03-2023

**M NAJIB Khalid**  
Né(e) le : 26-07-1971  
Prescripteur :

## BIOCHIMIE SANGUINE

### Glycémie à jeun

(Hexokinase G6PD-H - Roche)

**1.20 g/L**

(0.70-1.10)

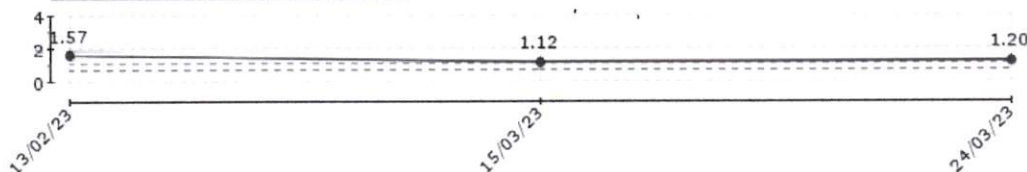
15-03-2023  
1.12

**6.66 mmol/L**

(3.89-6.11)

Intolérance au glucose : 1,10 à 1,26 g/L soit 6,11 à 6,99 mmol/L à confirmer par une HGPO 2h après charge de 75 g  
Diabète : sup à 1,26 g/L soit 6,99 mmol/L dosage répété à deux reprises à 6 mois d'intervalle.

• Antériorité : Glycémie à jeun (g/L)



### Hémoglobine glyquée (HbA1c)

(Technique HPLC selon DCCT/NGSP - TOSOH)

**8.5 %**

(4.0-6.0)

15-03-2023

9.0

HbA1c - (IFCC)

**69 mmol/mol**

(20-42)

75

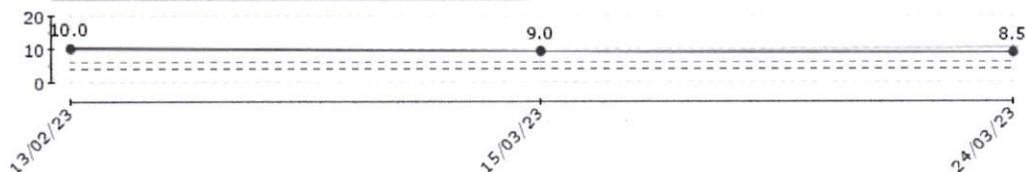
### Valeurs de référence :

Sujet normoglycémique : 4,00 à 6,00 % de l'hémoglobine totale.

Sujet diabétique équilibré : objectif ciblé autour de 6,50 %.

Diabète mal équilibré : taux supérieur à 8,50 %.

• Antériorité : Hémoglobine glyquée (HbA1c) (%)



Demande validée biologiquement par : Dr. O. TOUZANI

Secrétariat  
Laboratoire TOUZANI AL QODS  
567, Bd Al Qods, El Omariya Lot Assakan Al Anik - Casablanca - Maroc  
Tél : 05 22 87 22 23 / 24 - E-mail : alqods@laboratoire-touzani.ma  
ICE : 002533445000027

**La Qualité est notre souci permanent**

567, Boulevard Al Qods, El Omariya Lot Assakan Al Anik - Casablanca - Maroc

Tél : 05 22 87 22 23 / 24 - E-mail : alqods@laboratoire-touzani.ma

Prélèvements à domicile sur rdv

INPE : 093064350 - Patente : 34082875 - IF : 45772974 - ICE : 002533445000027 - CNSS : 2632098



Code Patient B230213021



Prélèvement du : 15-03-2023  
au labo à 10:17  
Demande N° : B230315013  
Edition : 15-03-2023

**M NAJIB Khalid**

Né(e) le : 26-07-1971

Prescripteur :

## BIOCHIMIE SANGUINE

13-02-2023

### Glycémie à jeun

(Hexokinase G6PD-H - Roche)

**1.12 g/L**

(0.70-1.10)

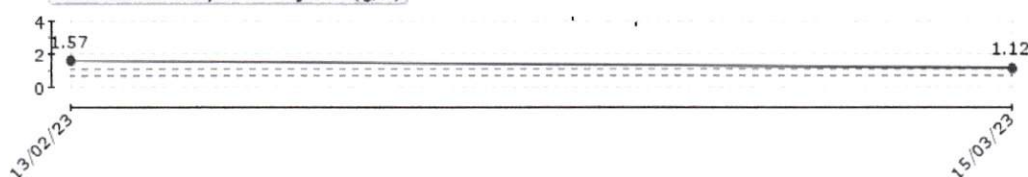
1.57

**6.22 mmol/L**

(3.89-6.11)

Intolérance au glucose : 1,10 à 1,26 g/L soit 6,11 à 6,99 mmol/L à confirmer par une HGPO 2h après charge de 75 g  
Diabète : sup à 1,26 g/L soit 6,99 mmol/L dosage répété à deux reprises à 6 mois d'intervalle.

• Antériorité : Glycémie à jeun (g/L)



13-02-2023

### Hémoglobine glyquée (HbA1c)

(Technique HPLC selon DCCT/NGSP - TOSOH)

**9.0 %**

(4.0-6.0)

10.0

HbA1c - (IFCC)

**75 mmol/mol**

(20-42)

86

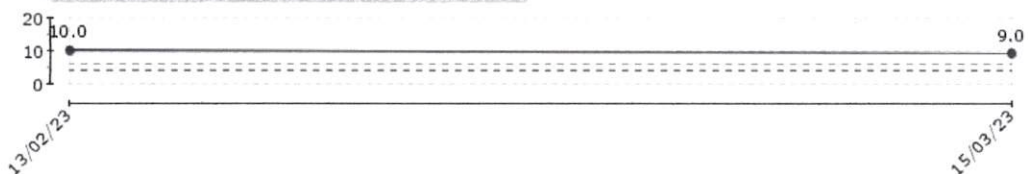
### Valeurs de référence :

Sujet normoglycémique : 4,00 à 6,00 % de l'hémoglobine totale.

Sujet diabétique équilibré : objectif ciblé autour de 6,50 %.

Diabète mal équilibré : taux supérieur à 8,50 %.

• Antériorité : Hémoglobine glyquée (HbA1c) (%)



Demande validée biologiquement par : Dr. O. TOUZANI

**La Qualité est notre souci permanent**

567, Boulevard Al Qods, El Omariya Lot Assakan Al Anik - Casablanca - Maroc

Tél : 05 22 87 22 23 / 24 - E-mail : alqods@laboratoire-touzani.ma

Prélèvements à domicile sur rdv

INPE : 093064350 - Patente : 34082875 - IF : 45772974 - ICE : 002533445000027 - CNSS : 2632098