

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- 0058946

162159

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4953 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHELLIC HOUSSEINE
 Date de naissance : 01.01.1961
 Adresse : RES CHABAB ZONE D Imm 8 Apt 11
 AIN SEBBA
 Tél. : 0661302886 Total des frais engagés : 1453,6 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/05/2023
 Nom et prénom du malade : BOUGAJOU HAFIDA 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 : CASA

Le : 20/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

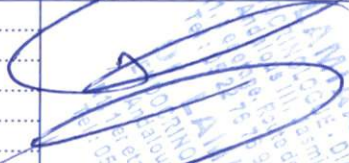
Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

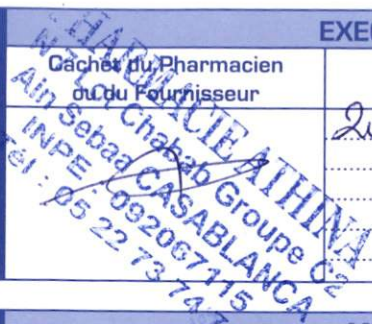
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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


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
17/05/23	CT		G	
20/05/23	U		300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/05/23	593,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/5/23	B 480	560,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

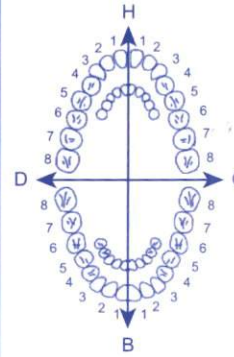
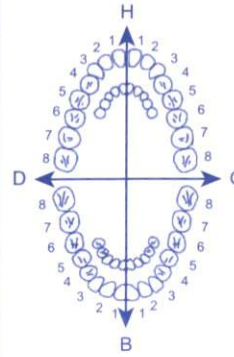
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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														
				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>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>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Lamiaa HALLAB

Spécialité en Endocrinologie, Diabétologie
Nutrition et Maladies Métaboliques
Diabète, Pompes à insuline, CGMS, Thyroïde, Hypophyse
Surrénales, Retard de Croissance, Retard Pubertaire....
Echographie Thyroïdienne et Générale
Nutrition et prise en Charge de l'Obésité



الدكتورة لمياء حلاب

اختصاصية في علم الغدد الصم
أمراض السكري، التغذية و أمراض الأيض
السكري مضخة الأنسولين، الغدة الدرقية، الغدة النخامية
الغدة الكظرية، تأخر النمو، البلوغ المتأخر.....
الفحص بالصورة
التغذية و علاج السمنة

M **Mme BOUGAJDI Hafida**

le **20.05.2023**

20.80 x 2
1 GLUCOPHAGE 500 MG

1 cp à midi, au cours du repas, pendant 3 mois.

46.70
2 ZYLORIC 100 MG

1 à midi, après le repas, pendant 3 mois.

147.10 x 3
3 ROZAT 10

1 cp le soir, pendant 3 mois.

64.00
4 CANESTAN EXTRA

1 application le matin et le soir, pendant 3 mois. ENTRE LES (LOT :

PER : 64.00
PPV :

تاريخ الفحص غير قابل للتغيير

Sur Rendez-vous بالموعد

Andalous 3, Jasmine office 3. N°1,
1 étage, route Bouskoura - Casablanca

Tél : +212 522 76 76 91 / +212 662 60 08 81

E-mail : dr.lamiaa.hallab@gmail.com

@ dr.hallablamiaa

Docteur Lamiaa HALLAB

Spécialité en Endocrinologie, Diabétologie
Nutrition et Maladies Métaboliques
Diabète, Pompes à insuline, CGMS, Thyroïde, Hypophyse
Surrénales, Retard de Croissance, Retard Pubertaire....
Echographie Thyroïdienne et Générale
Nutrition et prise en Charge de l'Obésité



الدكتورة لمياء حلاب

اختصاصية في علم الغدد الصم
أمراض السكري، التغذية و أمراض الأيض
السكري مضخة الأنسولين، الغدة الدرقية، الغدة النخامية
الغدة الكظرية، تأخر النمو، البلوغ المتأخر.....
الفحص بالصوم
التغذية وعلاج السمنة

M

Dr. LAMIAA HALLAB
ENDOCRINOLOGUE - DIABÉTOLOGUE
Andalous III, Jasmine Office 3
N°1, 1er étage, Route de Bouskoura, Casa
le 25 Février 2023 17105123
Tél: 05 22 76 76 91 / 06 62 60 08 81

Mme BOUGAJDI Hafida

- HbA1c
- GAJ
- CT HDL LDL TG
- Uree
- Creatinine
- Acide urique

Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr. BENMAMOUN Moussine
N°1, Rue 3, Annuaire 3 Sidi Harroussi, Casa
Tél: 05 22 76 76 91 / 06 62 60 08 81
Dr. LAMIAA HALLAB
ENDOCRINOLOGUE - DIABÉTOLOGUE
Andalous III, Jasmine Office 3
N°1, 1er étage, Route de Bouskoura, Casa
Tél: 05 22 76 76 91 / 06 62 60 08 81

تاريخ الفحص غير قابل للتغيير

Sur Rendez-vous بالموعّد

Andalous 3, Jasmine office 3. N°1,
1 étage, route Bouskoura - Casablanca

Tél : +212 522 76 76 91 / +212 662 60 08 81
E-mail : dr.lamiaa.hallab@gmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

91 Rue N° 2, Amal 3, Sidi Bernoussi, 20600 Casablanca
Tél. : 05 22 75 62 85 - Gsm : 06 55 67 08 43

Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 18h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
www.labofar.ma



FACTURE N° : 230500388

Mme BOUGAJDI (Ep CHELLIQ) Hafida
Référence : 23050689

Date de l'examen : 17-05-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
B100	Acide urique sanguin	B30	B
B106	Cholestérol total	B30	B
B108	Cholestérol HDL	B50	B
B109	Cholesterol LDL	B50	B
B111	Créatinine	B30	B
B118	Glycémie	B30	B
B119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
B134	Triglycérides	B50	B
B135	Urée	B30	B

Total des B : 400

TOTAL DOSSIER : 560.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent soixante dirhams

Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr. BENNANI Mohammed Mouhssine
91, Rue 2, Amal 3, Sidi Bernoussi, Casablanca
Tél.: 05.22.75.62.85 - 06.55.67.08.43

ICE : 001535545000025

IF : 43900655

CNSS : 2175570

Patente : 31607267

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

BIOCHIMIE – HÉMATOLOGIE – IMMUNOLOGIE –
BACTÉRIOLOGIE–VIROLOGIE – PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86
Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 18h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
www.biodiag.ma/labofar

Référence : 23050689

Mme BOUGAJDI (Ep CHELLIQ) Hafida

23-02-2023

Hémoglobine glyquée (HbA1c)
(Biorad D 10)

6.40 %

6.40

Valeurs de référence :

Sujet normoglycémique : 4,00 à 6,00 % de l'hémoglobine totale.
Sujet diabétique équilibré type 2 : objectif ciblé autour de 6,50 %.
Sujet diabétique équilibré type 1 : objectif ciblé autour de 7 %
Diabète mal équilibré : taux supérieur à 8,50 %.

Cholestérol total
(ARCHITECT Ci 4100)

2.53 g/l

(<2.00)

1.37

6.54 mmol/L

(<5.17)

Triglycérides
(ARCHITECT Ci 4100)

2.65 g/L

(0.35–1.50)

1.24

3.02 mmol/L

(0.40–1.71)

HDL-Cholestérol
(Architect Ci4100)

0.48 g/L

(>0.50)

0.46

1.24 mmol/L

(>1.29)

LDL-Cholestérol
(Calculé selon la formule de Friedwald)

1.52 g/L

(<1.60)

28-11-2022

0.66

3.93 mmol/L

(<4.14)

Demande validée biologiquement par : Dr. M.BENNANI

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
LABOFAR
Dr. BENNANI MOUHSSINE
94, Rue 2, Année 3 - 30000 - Casablanca
Tél : 05 22 75 62 85 - 05 22 75 62 86

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

BIOCHIMIE – HÉMATOLOGIE – IMMUNOLOGIE –
BACTÉRIOLOGIE–VIROLOGIE – PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 75 62 85 - Gsm : 06 55 67 08 43
Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 18h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
www.labofar.ma



Code Patient 18010758
Edition : 17-05-2023 à 14:03

Mme BOUGAJDI (Ep CHELLIQ) Hafida
Né(e) le : 05-12-1961 (61 ans – F)

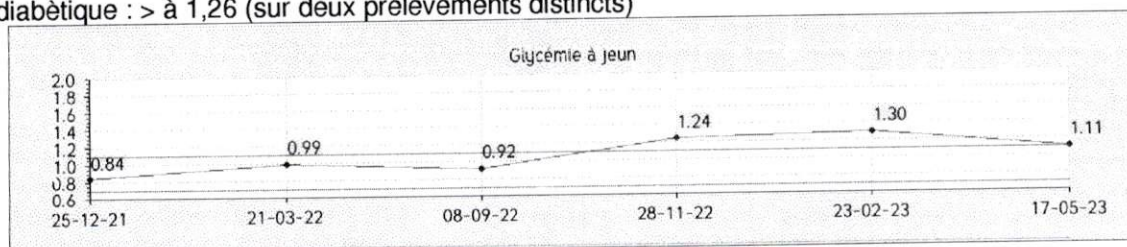
Référence : 23050689
Médecin : Dr HALLAB LAMIAA
Prélèvement du : 17-05-2023 à 08:46

BIOCHIMIE SANGUINE

Acide Urrique (ARCHITECT Ci 4100)	66 mg/L	(25-60)	23-02-2023
	0.39 mmol/L	(0.15-0.36)	66
Urée (ARCHITECT Ci 4100)	0.29 g/L	(0.10-0.50)	23-02-2023
	4.83 mmol/L	(1.67-8.33)	0.29
Créatinine (ARCHITECT Ci 4100)	7.6 mg/L	(<13.0)	20-03-2023
	66.9 µmol/L	(<114.4)	7.8
Glycémie à jeun (ARCHITECT Ci 4100)	1.11 g/L	(0.70-1.10)	23-02-2023
	6.16 mmol/L	(3.89-6.11)	1.30

Consensus :

- Taux normal : de 0,60 à 1,10 g/L
- Diminution de la tolérance au glucose : de 1,10 à 1,26 g/L
- Sujet diabétique : > à 1,26 (sur deux prélèvements distincts)



Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr. BENNANI Mouhssine
91, Rue 3, Avenue 5 - 10000 Rabat - Maroc
Tél. : 05 22 75 62 85 / 06 55 67 08 43