

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

M23-002744

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10335 Société : 172357

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NEGRAOU AZZAME

Date de naissance : 17/05/59

Adresse :

Tél. : 0607156046 Total des frais engagés : 537,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05 / 08 / 23

Nom et prénom du malade : ABAS Samad Age : 48 ans

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

Nature de la maladie : Diabète type 2

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : Dr. KAIDI FATIMA ZAHRA

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 : Berrech Le : 05/08/23

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
05-08-23		5	72500H	
07-08-23		2	57000H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de l'ordonnance
	05/08/2023	475960
	07/08/2023	202130

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05-08-23	B: 100 + P 1000 H	

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.

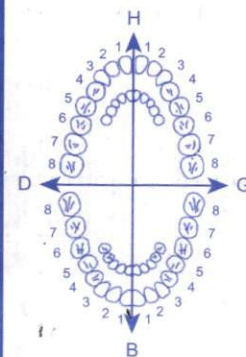
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. KAIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU Casa

د. قايدى فاطمة الزهراء

إختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي

ابن رشد



Ordonnance

Nom : A. Bad Samad

Berrechid, le : 05 - 05 - 23

6 x 390,00

→ Gahes met 50 / 1000 mg



1 cp apr

1 cp apr

4 x 68,80

→ Odia 4 mg



1 cp apr

3 x 479,00

550,00

→ Jardiance 25 mg



1 cp apr

2 x 78,70

→ Diami 60 mg



2 cp apr

→ T 4759,60

333, Boulevard Mohamed V - Lot Nasrollah - 1er Etage N°3 (en face carrefour) - Berrechid

Tél: (+212) 5 22 324 339 - Gsm: (+212) 6 79 545 315 - Email: kaidiendocrinologue@yahoo.com



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



6 118001 031092
GALVUS MET® 50 mg/1000 mg
Boîte de 60 comprimés pelliculés
PPV : 390.00 DH



LOT 250619 1

EXP 02 2026

PPV 68 80

LOT 223646 1

EXP 10 2025

PPV 68 80

LOT 230954 1

EXP 03 2026

PPV 68 80

LOT 230619 1

EXP 02 2026

PPV 68 80



6 118001 041084
Jardiance 25 mg
(Empagliflozine)
30 Comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV : 550 DH 00



6 118001 041084
Jardiance 25 mg
(Empagliflozine)
30 Comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV : 479 DH 00

313854-02



6 118001 041084
Jardiance 25 mg
(Empagliflozine)
30 Comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV : 479 DH 00



6 118001 041084
Jardiance 25 mg
(Empagliflozine)
30 Comprimés pelliculés
BOTTU S.A. PPV : 479 DH 00

313854-02



78,20

78,20

Dr. KAIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie

Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa

Ancien Interne au CHU - Casa

Docteur en Pharmacie

Tel: 05 22 32 84 94 - Berrechid

82, Rue Assalam Hay EL Houba



د. قايدى فاطمة الزهراء

إختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي

ابن رشد

Ordonnance

Nom : ABAD Samad

Berrechid, le : 28.08.23

28,80

1) pens tyf **S.V.**
1 cp x 21j

60,00

2) Magan 500 **S.V.**
1 cp x 15j

27,50

3) Diolo 100 mg **S.V.**
1 sup 15j

14,00

4) Hexamedine **S.V.**

72,00

5) Hansat 300 mg **S.V.**
1 cp x 15j

T: 202,30

EXP :

LOT N° :

LOT : 1753

PER : 01 - 25

P.P.V : 60 DH 00

27,50

إكزاميدين



قارورة 60 مل

Poids Net / Net Weight:

82g

PPV 72 DH

LOT :

L1330

EXP :

05/2024

333, Boulevard Mohamed V - Lot Nasrollah - 1er étage N°3 (en face carrefour) - Berrechid

Tél: (+212) 5 22 324 339 - Gsm: (+212) 6 79 545 315 - Email: kaidiendocrinologue@yahoo.com

Dr. KAIDI Fatima Zahra

Spécialiste en Endocrinologie diabétologie
Diplômée de la Faculté de Médecine - Casa
Ancien Interne au CHU - Casa



د. قايدى فاطمة الزهراء

إختصاصية في أمراض الغدد - داء السكري
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي
ابن رشد

Nom : Abad Samad

Berrechid, le : 05.08.23

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> Ac anti tg |
| <input type="checkbox"/> Glycémie poste-prandiale | <input type="checkbox"/> Thyroglobuline ultra sensible |
| <input checked="" type="checkbox"/> HbA1c | <input type="checkbox"/> A c anti tpo |
| <input type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> Ac anti recepteur TSH us |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol HDL | <input type="checkbox"/> Cortisol libre urinaire 24h |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol LDL | <input type="checkbox"/> Corlislomie 8h |
| <input type="checkbox"/> Cholesterol Total | <input type="checkbox"/> ACTH |
| <input type="checkbox"/> Urée | <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH |
| <input type="checkbox"/> Créatinine | <input type="checkbox"/> Testosteronemie |
| <input type="checkbox"/> Rapport Alb / creat urinaire | <input type="checkbox"/> Oestradiol |
| <input type="checkbox"/> Protéinurie 24h | <input type="checkbox"/> 17 OH progesterone matin |
| <input type="checkbox"/> ECBU | <input type="checkbox"/> Dérivés methoxylés sur urines de 24h |
| <input type="checkbox"/> ASAT / ALAT / GGT | <input type="checkbox"/> IGF1 |
| <input type="checkbox"/> Sérologie HV _e et HV _c | <input type="checkbox"/> Ca ²⁺ <input type="checkbox"/> Ph ²⁺ |
| <input type="checkbox"/> NFS - PQ | <input type="checkbox"/> ALB |
| <input type="checkbox"/> Uricémie | <input type="checkbox"/> Parathormone |
| <input type="checkbox"/> CRP | <input type="checkbox"/> Autre..... |
| <input type="checkbox"/> PSA | |
| <input type="checkbox"/> 21 OH vit D2- D3 | |
| <input type="checkbox"/> TSH us | |
| <input type="checkbox"/> T ₃ libre | |
| <input type="checkbox"/> T ₄ libre | |

مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRICHID
Dr Ahlam IOURDANE
183, Bd Mohamed V - N° 1 - Etage 1 - Berrechid
Tél/Fax : 05 22 03 04 61

DR. KAIDI FATIMA ZAHRA
Endocrinologue Diabétologue
Tél: 05 22 32 43 39



مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

INPE : 063063499

FACTURE N° : 1230800037

BERRECHID le 05-08-2023

Mme ABAD EP NEGRAOUI Souad

Récapitulatif des analyses		
Analyse	Coefficient	Clé
Forfait traitement échantillon sanguin	20	E20
Hémoglobine glycosylée	100	B100
Glycémie	30	B30

Total des B : 100

TOTAL DOSSIER : 100.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent dirhams .

مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
Dr Ahlam IOURDANE
183, Bd Mohamed V - N° 1 - Etage I - Berrechid
Tél/Fax : 05 22 03 04 61

INPE : 063063499
ICE:002400927000071
IF : 39483570