

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge 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° W21-785446

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2070 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ASSI DDIKI MOHAMED

Date de naissance : 1950

Adresse : APO3 IMM47 Lot ASSABAH ASSAOMIRA ELJADIDA ASSAOMIRA

Tél. : 0695599596 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/10/23

Nom et prénom du malade : ASSI DDIKI MOHAMED Age : 73 ans

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 : ELJADIDA ELJADIDA Le : 27/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-785446

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 :

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
22/10/23			224.20	INP : 0711297840

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27.10.23	224.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABO ABDELKRIM EL KHATABI D'ANALYSES MEDICALES 287, Rue Mohamed El Mahdzen Bab Doukkala - Essauoula	30/10/23	DR. EL BAROUDI A. BIOLOGISTE MEDICALE INPE : 077164267	230.00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DEBUT D'EXECUTION [] FIN D'EXECUTION []																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [] MONTANTS DES SOINS [] DATE DU DEVIS [] DATE DE L'EXECUTION []																
	<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">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(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

Dr NAJIM Mohamed Amine
Médecine générale

Consultation médicale et à domicile

Echographie générale

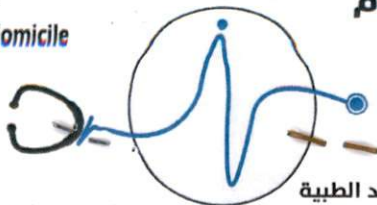
ECG

Suivi de grossesse

Suivi de diabète et HTA

Certificat médical pour permis de conduire

دكتور نجيم محمد أمين
الطب العام



الفحص السريري

الفحص بالصدى

تتبع الحمل

تتبع مرض السكري

تتبع ارتفاع ضغط الدم

طبيب مرخص لتسليم الشواهد الطبية

الخاصة برخصة السياقة

Ordonnance médicale

le 27/10/2023

36,40 + 20,00

1) Ben Claisid

28,00 + 16,25

2) Glucophage

1000 mg

1000 mg

2 - 1 - 1

Tant
de 3 mo.

Total

T : 22420

PHARMACIE SNOUSSI
Docteur CHAZI SNOUSSI Ahmed
22 Ziguag Roum 1313 Essouira Al Jadida
Tel: 05 24 79 26 95

SV

PHARMACIE SNOUSSI
Docteur CHAZI SNOUSSI Ahmed
22 Ziguag Roum 1313 Essouira Al Jadida
Tel: 05 24 79 26 95

06.38.37.56.55

07.09.75.42.21

Drnajimohamedamine@gmail.com

Apparement n°01 Immeuble 21A (RDC), Essaouira Al Jadida - Ghazoua

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 221258
EXP 09/2025
PPV 28.00DH

BENCLAMID 5 mg
30 comprimés
PROMOPHARM s.a.



6 118000 240143

BENCLAMID 5 mg
60 comprimés
PROMOPHARM s.a.



6 118000 240151

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

36,20

Dr NAJIM Mohamed Amine
Médecine générale

دكتور نجيم محمد أمين
الطب العام

Consultation médicale et à domicile

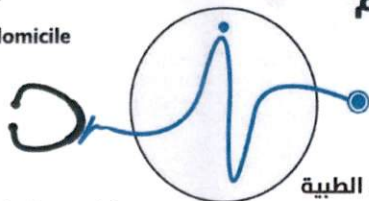
Echographie générale

ECG

Suivi de grossesse

Suivi de diabète et HTA

Certificat médical pour permis de conduire



الفحص السريري

الفحص بالمصدى

تتبع الحمل

تتبع مرض السكري

تتبع ارتفاع ضغط الدم

طبيب مرخص لتسليم الشواهد الطبية

الخاصة برخصة السياقة

Ordonnance médicale

le 27/10/2023

Assidiki Mohamed

pour SUP.

1/ Glycémie

2/ HbA1c

3/ Urée, creat

LABO. ABDELKRIM EL KHATARI
D'ANALYSES MEDICALES
287, Rue Oued El Makharan
Bab Doukkala - Essaouira
Tel/Fax 05 24 47 48 00

Dr. NAJIM Mohamed Amine
دكتور نجيم محمد أمين
Médecin
06.38.37.56.55
07.09.75.42.21
Drnajimohamedamine@gmail.com

FACTURE N° 13118/23

ESSAOUIRA le
Nom et prénom
Référence
Médecin prescripteur

30/10/2023
MR ASSIDDIKI MOHAMED
20A3160

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
GLYCEMIE A JEUN	20
Hb GLYCOSYLEE HBA1C:	100
UREE (AZOTEMIE, UREMIE)	30
CREATININE SERIQUE	30
Total du (B)	B 180
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	230,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: DEUX CENT TRENTE DIRHAMS

ABU ABDELKRIM EL KHATABI
D'ANALYSES MEDICALES
287, Rue Oued El Makhazen
Bab Dukkala - Essaouira

Prélèvement du : 30/10/2023 à 09:31

Résultats édités le: 30/10/2023



MR ASSIDDIKI MOHAMED

Dossier N° 20A3160

Page: 1/2

BIOCHIMIE SANGUINE
(Sur Automate Konelab)

GLYCEMIE. À JEUN: 1,17 g/l (*) 0,70 à 1,10 g/l
(Colorimétrie enzymatique) 6,51 mmol/l 3,89 à 6,12 mmol/l

Antécédent du 04/10/22 - 08:08 : 1,48 g/l

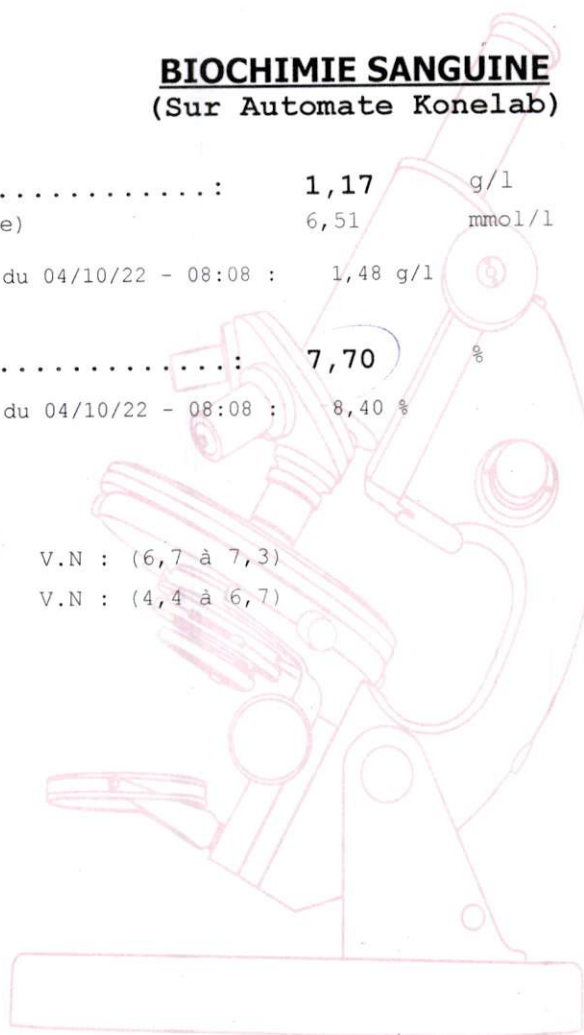
Hb GLYCOSYLEE: 7,70 %

Antécédent du 04/10/22 - 08:08 : 8,40 %

Interprétation

Diabétique : V.N : (6,7 à 7,3)

Non diabétique : V.N : (4,4 à 6,7)



LABO: ABDELKRIM EL KHATABI
D'ANALYSES MEDICALES
287, Rue Oued El Makhzen
Bab Dukkala Essaouira
Tél/Fax 05 24 47 48 00

Prélèvement du : 30/10/2023 à 09:31

Résultats édités le: 30/10/2023



MR ASSIDDIKI MOHAMED

Dossier N° 20A3160

Page: 2/2

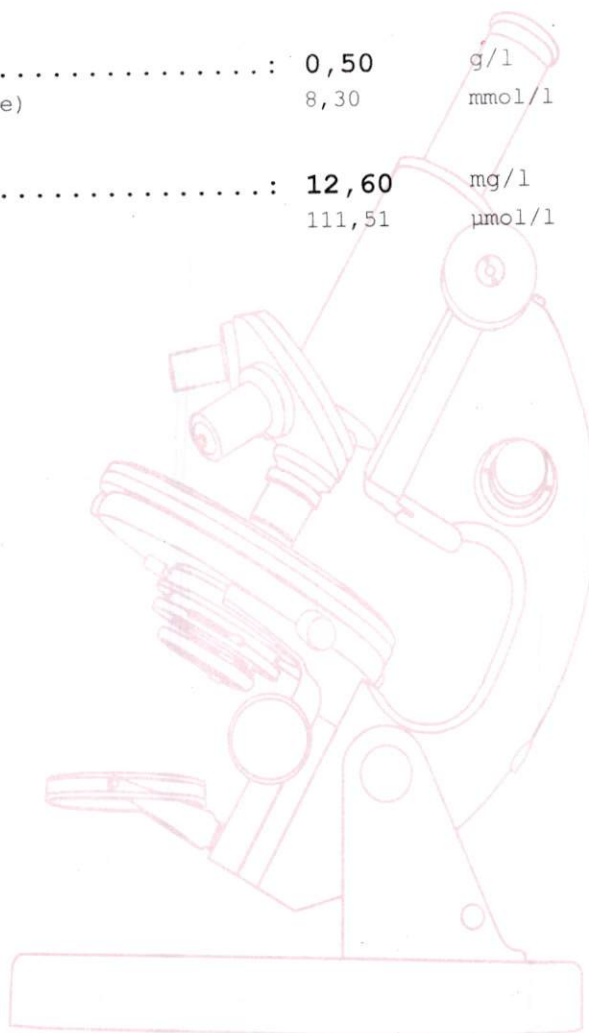
UREE.....: 0,50 g/l
(Colorimétrie enzymatique) 8,30 mmol/l

0,15 à 0,50 g/l
2,49 à 8,30 mmol/l

CREATININE.....: 12,60 mg/l
(Cinétique à 37°) 111,51 µmol/l

0,00 à 13,00 mg/l
0,00 à 115,05 µmol/l

Total de pages: 2



LABO ABDELKRIM EL KHATABI
D'ANALYSES MEDICALES
287, Rue Oued El Makhzen Bab Dukkala Essaouira
Tél/Fax 05 24 47 48 00

* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT *

2023/10/30 10:04

TOSOH CORPORATION V05.29

NO: 0008 SL 0001 - 08

ID: 20231030050

CAL(N) = 1.1330X + 0.6554

TP 853

NAME	%	TIME	AREA
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.4	0.25	5.37
A1B	1.1	0.32	13.80
F	0.4	0.41	4.84
LA1C+	2.3	0.48	28.58
SA1C	7.7	0.59	78.24
AO	89.6	0.83	1124.44
TOTAL AREA			1255.27

HbA1C 7.7%

IFCC 61 mmol/mol

HbA1 9.2 % HbF 0.4 %
0% 15%

