

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 canalaires, 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 canalaires.

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

- 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 062814

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société : RAT

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre :

Nom & Prénom : BOUR SALH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Islam MASSO
Endocrinologue
2ème étage, Bureau N° 7,
Angle Av. Mediouna et Av. Benguerir
Résidence Al motataz - Betana
Tél. 05 22 22 78 18

Date de consultation : 10/03/2023

Nom et prénom du malade : DOUKKI I Laila Age :

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

Nature de la maladie : Diabète type 2 / Hypothyroïdisme

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) :

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

10/03/23 300,00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

10/3/23 1788,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

13 Mars 2023 21630 2200,20

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

Diagramme dentaire (H, B, D, G) avec numérotation 1-8.

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 00000000 G
35533411 11433553
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

Diagramme dentaire (H, B, D, G) avec numérotation 1-8.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur MASSO Islam

Endocrinologie, diabétologie,
et maladies métaboliques
Lauréat de la faculté



مصو
مكري و الأيض
بالرباط

Nitrate d'éconazole

LOT: 08022081
PER: 11/2027
PPV: 36,70 DH

le : في :

10/03/2023

Mme DOUKKALI LAILA 74 ans 2 mois 9 jours

ORDONNANCE

MYCODERME CREME TUBE 40 G

1 application par jour pendant 3 semaines

JANUMET 50 MG/1000 MG

1 Cp Matin

1 Cp Soir Après repas

AMAREL 3 MG

1 cp au repas du midi

LEVOTHYROX 25

1 Cp Matin 30 minutes avant le repas

RANCIPHEX 20 MG

1 cp/jour le soir 03 mois

CARBOSORB

1 cp x2/jour (midi et soir) au besoin

(- Traitement de 3 mo

RANCIPHEX® 20 mg

28 comprimés gastro-résistant

Voie orale



LEVOTHYROX® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

RANCIPHEX® 20 mg

28 comprimés gastro-résistant

Voie orale



Lot: 220526
À consommer de
préférence avant le: 07/2027

PPC: 79,50 DH

LEVOTHYROX® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

شارع مديونة و زنقة بنكرير مكتب رقم 7، الطابق الثاني، بطنانة سلا

Immeuble Al Mounatazah, Angle avenue Medior

Bengrir, Bureau numéro 7, 2ème étage, Betta

05.37.81.28.67

Islam.massou@gmail.com

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

Distribué par MSD MAROC.
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRQ.
P.P.V: 437,00 DH.



6 118001 160495

Docteur MASSO Islam

Endocrinologie, diabétologie,

et maladies métaboliques

Lauréat de la faculté

de médecine de rabat



الدكتورة إسلام ماصو
امراض الغدد الصماء والسكري و الأيض
خريجة كلية الطب بالرباط

Salé le : 10/03/2023 : سلا في

Mme DOUKKALI LAILA 74 ans

Bilan biologique

Faire S.V.P:

TSH

Hba1c

créat

ALAT, ASAT, PA, GGT

CT, LDL, HDL, TG

Ac urique

NFS, ferritinémie

vit D2D3

RAC (rapport alb/créat) sur échantillon d'urine matinale

LABORATOIRE DU MAGHREB
5, Rue Hussein 1er
Tél.: 05 37 72 66 93 / 73 05 09
Fax 05 37 73 05 92 - Rabat
I.N.P 103001921
03.

Dr. Islam MASSO
Endocrinologue
2ème étage, Bureau N° 7,
Angle Av. Mediouna et Av. Benguir
Résidence Al Mounatazah - Bettana
Salé - Tél 06 50 15 12 49

بنية المنتزه ، ناصية شارع مديونة و زنقة بنكرير مكتب رقم 7، الطابق الثاني، بطاقة سلا

Immeuble Al Mounatazah, Angle avenue Mediouna et Rue

Bengrir, Bureau numéro 7, 2ème étage, Bettana Salé

☎05.37.81.28.67

✉Islam.massou@gmail.com



مختبر المغرب
LABORATOIRE DU MAGHREB
ANALYSES MEDICALES
Pr A. BENOUDA



5, Rue Hussein 1^{er} RABAT - Tél. : 03772 66 93 / 037 73 05 09 - Fax : 037 73 05 92
N° de Patente : 25110491

I.F. : 34108750

I.N.P.: 103001921

C.N.S.S. : 145 4975

ICE : 001649487000043

Facture N° :	22303130011	Edité le : 13/03/2023
Nom / prénom :	DOUKKALI Laila	Prélevé(e) le : 13/03/2023
Nom de l'assuré:		Numéro d'Adhérent
Prénom Assuré:		Lien de parenté
		Numéro Prise en Charge

FACTURE

Lbellé analyse	Libellé analyse
ALBUMINURIE/CREATINURIE ACIDE URIQUE CREATININE FERRITINE TRANSAMINASE G.O. CHOLESTEROL HDL CHOLESTEROL LDL PHOSPHATASES ALCALINES TRIGLYCERIDES VITAMINE D2/D3	ASPECT DU SERUM CHOLESTEROL TOTAL FORMULE LEUCOCYTAIRE GAMMA G T TRANSAMINASE G.P. HEMOGLOBINE GLYQUEE HEMOGRAMME PLAQUETTES TSH ULTRASENSIBLE
Montant du prélèvement	25.00 Dh
Montant total du dossier	2 209.20 Dh
Montant dû par le patient	2 209.20 Dh
Montant déjà réglé	0.00 Dh
Montant reste dû	2 209.20 Dh

Cachet du laboratoire :

LABORATOIRE DU MAGHREB
5, Rue Hussein 1^{er}
Tél.: 05 37 72 66 93 / 73 05 09
Fax : 05 37 73 05 92 - Rabat
I.N.P. 103001921



Mme DOUKKALI LAILA
DR MASSO ISLAM

Dossier N° 22303130011

Page :2

CREATININE_____	8.6 mg/l	(VR:5.0 à 11.0)	30/12/2021 : 7.5
Colorimétrie enzymatique à 37°C	76 µmol/l	(VR:44 à 97)	
ACIDE URIQUE_____	62.20 mg/l	(VR:24.00 à 57.00)	19/02/2022 : 51.50
Colorimétrie enzymatique à 37°C	370.09 µmol/l	(VR:142.80 à 339.15)	
TRIGLYCERIDES_____	1.41 g/l	(VR:0.50 à 1.69)	30/12/2021 : 0.92
Colorimétrie enzymatique à 37°C	1.61 mmol/l	(VR:0.57 à 1.93)	
CHOLESTEROL TOTAL_____	2.21 g/l	(VR:1.40 à 2.40)	30/12/2021 : 2.28
Colorimétrie enzymatique à 37°C	5.70 mmol/l	(VR:3.61 à 6.19)	
CHOLESTEROL H.D.L._____	0.71 g/l	(VR: > à 0.50)	30/12/2021 : 0.78
	1.83 mmol/l	(VR: > à 1.29)	
Cholestérol TOTAL / HDL_____	3.11	(VR: < à 4.90)	2.92
CHOLESTEROL L.D.L._____	1.22 g/l	(VR: < à 1.50)	30/12/2021 : 1.32
Calcul selon la formule de Friedewald	3.14 mmol/l	(VR: < à 3.87)	

VITAMINE D2/D3 (25 hydroxy-vitamine D)

taux_____	22.9 ng/ml	30/12/2021 : 18.0
Immuno Enzymo Microparticulaire	57.25 nmol/l	
-etat deficitaire entre 10 et 30 ng/ml (25 à 75 nmol/l)		
-etat carenciel < 10 ng/ml (< 25 nmol/l)		
-toxicité sup à 100 ng/ml (> 250 nmol/l)		

ENZYMOLOGIE

TRANSAMINASES ASAT-TGO	15 U/l	(VR:5 à 35)	30/12/2021 : 17
Enzymologie			
TRANSAMINASES ALAT-TGP	17 U/l	(VR: < à 55)	30/12/2021 : 15
Enzymologie			
GAMMA G.T._____	16 U/l	(VR:9 à 36)	
Enzymologie			
Normales modifiées suite changement technique le 19/05/10			
PHOSPHATASES ALCALINES	78 U/l	(VR:40 à 150)	
Enzymologie			
valeurs normales: 1 à 12 ans : <500 U/L			

Pr. BENOUDA Amina
Médecin Biologiste
INPE : 107164000
Laboratoire de médecine

TSVP



Prélevé le : 13/03/2023 Edité le : 13/03/2023
Dossier N° : 2230313-0011 MPRASS

Mme DOUKKALI Laila

DR MASSO ISLAM

Patient né(e) le : 01/01/1949 Sexe: F

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Numération globulaire

HEMATIES	3.92	Millions/mm3	(VR:3.90 à 5.90)	19/02/2022 : 3.89
Hémoglobine	12.2	g/100ml	(VR:11.5 à 16.5)	11.4
Hématocrite	36.2	%	(VR:37.0 à 47.0)	34.2
VGM	92.3	μ3	(VR:76.0 à 96.0)	87.9
TGMH	31.1	peg	(VR:27.0 à 32.0)	29.3
CGMH	33.7	%	(VR:32.0 à 36.0)	33.3
LEUCOCYTES	7.0	Milliers/mm3	(VR:4.1 à 11.1)	19/02/2022 : 5.7

Formule leucocytaire

Poly. Neutrophiles	44.8	%	3 136 /mm3	(VR:2 000 à 7 500)	2 998
Poly. Eosinophiles	13.8	%	966 /mm3	(VR: < à 400)	171
Poly. Basophiles	0.7	%	49 /mm3	(VR: < à 150)	40
Lymphocytes	33.4	%	2 338 /mm3	(VR:1 500 à 4 000)	1 978
Monocytes	7.3	%	511 /mm3	(VR: < à 1 000)	513

Numération plaquettaire

PLAQUETTES	286	Milliers/mm3	(VR:150 à 400)	19/02/2022 : 294
------------	-----	--------------	----------------	------------------

Eosinophilie.

BIOCHIMIE SANGUINE

ASPECT DU SERUM

Serum limpide

HB GLYQUEE A1c

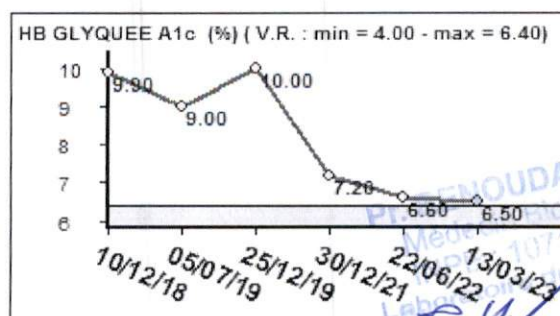
6.50 %

(VR:4.00 à 6.40)

22/06/2022 : 6.60

Protocole de standardisation toutes techniques CLHP recommandé par la DCCT.

4.0 - 6.4 : Zone normale
6.4- 7.0 : Très bon équilibre chez un diabétique connu. Risque d'hypoglycémie chez l'insulino dépendant Diabète possible pour un patient non diagnostiqué
7.1 - 8.0 : Bon équilibre glycémique chez un diabétique Diagnostic sûr d'un diabète
> 8.1 : Mauvais équilibre glycémique



TSVP



Mme DOUKKALI LAILA
DR MASSO ISLAM

Dossier N° 22303130011

Page :3

PROTEINES - MARQUEURS

FERRITINE

Taux _____

30.0 ng/ml

19/02/2022 : 17.0

Immuno Chimie Luminescence

Valeurs de référence

Nouveau né	50-400	ng/ml
<1mois	90-600	ng/ml
1-2mois	140-400	ng/ml
2-6 mois	40-250	ng/ml
6mois-15 ans	15-100	ng/ml
Homme	30-300	ng/ml
Femme	20-200	ng/ml

HORMONOLOGIE

TSH ULTRASENSIBLE

Taux _____

5.826 mUI/l

(VR:0.180 à 4.000)

22/06/2022 : 3.72

3ème Génération

Interprétation :

- 0.18 à 3.4 mUI/l : Euthyroidie
- < 0.18 mUI/l : Hyperthyroidie
- > 4.00 mUI/l : Hypothyroidie

BIOCHIMIE URINAIRE

ALBUMINURIE/CREATINURIE

ALBUMINE URINAIRE _____

18.4 mg/l

CREATININE URINAIRE _____

970.00 mg/l
8 574.80 μ mol/l

RAPPORT (ACR) _____

18.97 mg/g
2.15 mg/mmol

(VR: < à 30.00)

(VR: < à 3.39)