

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W19-578305

par courrier

97771

| | | | |
|--|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 2161 | Société : Royal Air Maroc | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : ABERROUCH AISSA | | | |
| Date de naissance : 01/10/1951 | | | |
| Adresse : Immeuble EL kerzeh - 313 - Avenue FAR AGADIR | | | |
| Tél. : 0707041051 | Total des frais engagés : 1276 Dhs | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
|  | | | |
| Date de consultation : 25/11/2021 | | | |
| Nom et prénom du malade : M. REDDAD Hayma Age: | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : Diabète type 2 dyslipidémie | | | |
| 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/11/2021

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | Date | Montant de la Facture |
|---|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | | 14/11/2017 | 263,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| ANALYSES - RADIGRAPHIES | | | |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| INP 043000470 | 24/11/21 | R 650,00 | 763,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE 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 canalaires, 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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">H</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">25533412</td><td style="text-align: center;">21433552</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">D</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">00000000</td><td style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">35533411</td><td style="text-align: center;">11433553</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">B</td><td></td></tr> </table> | | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie - Obésité

et Troubles Hormonaux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

Ex. Spécialiste à l'hôpital Militaire de Rabat

0528 224 225



أخصائية في أمراض الغدد

السكري - السمنة

والاضطرابات الهرمونية

خريجة كلية الطب بالرباط وطبيبة أخصائية

سابقاً بالمستشفى العسكري بالرباط

0528 224 225

Agadir le :25/11/2021.....

Mme NAJMA AL KEDDAD

NOVORAPID FLEXPEN INJ

4-6-4 UI avt/après repas x3mois

CRESTOR 5 mg comprimé pelliculé

1/2cp apres repas LE SOIR X 3MOIS



TRESIBA 100 stylo inject

14ui le soir à 22h x 3mois

IBRAFINE AIGUILLES 4MM

1aiguillex2/j x3mois

131,50 x 2

TAREG 80 mg, Comprimé Pelliculé

1cp le matin apres repas x3mois

CE: 00169690200044
Tél: 05 28 82 32 13
Av. 14 Avenue des FAR - AGADIR
45, l.m. 14 Programme Tegumei
PHARMACE BOIS TADDA'R

Dr. KAOUTAR BARAKATE
Endocrinologue-Diabetologue
et Nutritionniste
Imm. SAFA SUD Av. Hassan 1
AGADIR - Tél: 05 28 22 42 25
1120273 - CE: 00170064700003

رقم 12 عمارة صفاء الجنوب شارع الحسن الأول (الطابق الأول) - حي الداخلة - أكادير

Imm. SAFA SUD Av. Hassan 1er , N° 12 -Cité Dakhla (au dessus de BMCI) AGADIR

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie - Obésité

et Troubles Hormonaux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

Ex. Spécialiste à l'hôpital Militaire de Rabat

📞 0528 224 225



أخصائية في أمراض الغدد

السكري - السمنة

والاضطرابات الهرمونية

خريجة كلية الطب بالرباط وطبيبة أخصائية

سابقاً بالمستشفى العسكري بالرباط

📞 0528 224 225

Agadir le : 25/11/21

Note d'honoraires

Identification : 4458

Nom et Prénom : AL KEDDAD NAJMA

| Désignation | Montant |
|--------------|---------------|
| consultation | 250,00 |
| Total | 250,00 |

Arrêter la Présente Note à la somme de : Deux cent cinquante dhs
(250,00)

Dr. KAOUTAR BARAKATE
Endocrinologue-Diabétologue
et Nutritionniste
Imm. SAFA SUD Av. Hassan I
AGADIR - Tél: 05 28 22 42 25
PE: 041190273 - ICE: 00170064700003

Spécialiste en Endocrinologie

Diabétologie - Obésité

et Troubles Hormonaux

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

Ex. Spécialiste à l'hôpital Militaire de Rabat

0528 224 225



أخصائية في أمراض الغدد

السكري - السمنة

والإضطرابات الهرمونية

خريجة كلية الطب بالرباط وظبيبة أخصائية

سابقاً بالمستشفى العسكري بالرباط

0528 224 225

Agadir le : 24/11/20

Mme NAJMA AL KEDDAD

HBA1C

UREE

CREATININE

GOT

GPT

CHOLESTEROL TOTAL

CHOLESTEROL HDL

CHOLESTEROL LDL

Dr. KAOUTAR BARAKATE
Endocrinologue-Diabetologue
et Nutritionniste
Imme. SAFA SUD Av. Hassan 1er
AGADIR - Tél: 05 28 22 42 25
NPE: 041190273 - ICE: 00170064700003

مختبر المدنور جركسيل
LABORATOIRE DR. HARGUIL
Avenue Kennedy 80000 AGADIR
Tel: 05 28 84 80 03 Fax: 05 28 84 15 60

Dr. Kaoutar BARAKATE
Endocrinologue-Diabetologue
et Nutritionniste
Imme. SAFA SUD Av. Hassan 1er
AGADIR - Tél: 05 28 22 42 25
NPE: 041190273 - ICE: 00170064700003

رقم 12 عمارة صفاء الجنوب شارع الحسن الأول (الطابق الأول) بجهة الداخلة - أكادير

Imm. SAFA SUD Av. Hassan 1er , N° 12 -Cité Dakhla (au dessus de BMCI) AGADIR

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES HARGUIL

Avenue Kennedy-Talborjt AGADIR TEL:0528-84-80-03 FAX:0528-84-15-60
ICE:001628874000008 I.F:75902170 PAT:48316551 CNSS:1761411 INP:043000470
SITE:www.laboratoire-harguil.com



FACTURE N° : 2118223

AGADIR, le : 24/11/2021

Nom et Prénom ... : Najma AL-KEDDAD

Prescripteur : Dr. BARAKATE KAOUTAR

Mutuelle/Assurance. :

facturé à..... : ICE:

Bilan :

| | | | | | | | | |
|-----|-------|---|-----|------|---|-----|------|---|
| HBG | B 100 | + | US | B 30 | + | CRS | B 30 | + |
| CT | B 30 | + | TG | B 60 | + | HDL | B 50 | + |
| LDL | B 50 | + | TGO | B 50 | + | TGP | B 50 | + |
| TSH | B 250 | + | | | | | | |

Montant Net : 763,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Sept cent soixante trois Dh et zéro ct

La direction:

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES HARGUIL
Avenue Kennedy AGADIR 80000
TEL:0528-84-80-03 FAX:0528-84-15-60



valable 3 mois

Le 25/11/2011

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M.

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

M. BARAKATE KAOUTAR
v. HASSAN I
ité Dakhla
0000 AGADIR
ossier No 92411 055R NP 228787

Prélèvement du: 24/11/2021 à 09h28

RÉSULTATS D'EXAMENS BIOLOGIQUES

Dr Abdallah HARGUIL
BIOLOGISTE DIRECTEUR DU LABORATOIRE
Enseigneur de l'Université d'Agadir
Ancien Interné des Hôpitaux
Diplômé en Hématologie, Immunologie,
Gastrologie, Virologie Clinique,
Parasitologie Mycologie,
Biochimie Clinique et Pathologie Médicale
Biologie de la Reproduction

Dr Shérazade LAKHDAR GHAZAL
BIOLOGISTE MÉDICALE
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Toulouse
Ancienne Interné des Hôpitaux
Diplômée en Hématologie, Bactériologie,
Virologie Clinique, Parasitologie, Mycologie,
Biochimie Clinique
D.U. Chimiothérapie Anti Infectieuse

harguillaboratoire@gmail.com



BIOCHIMIE

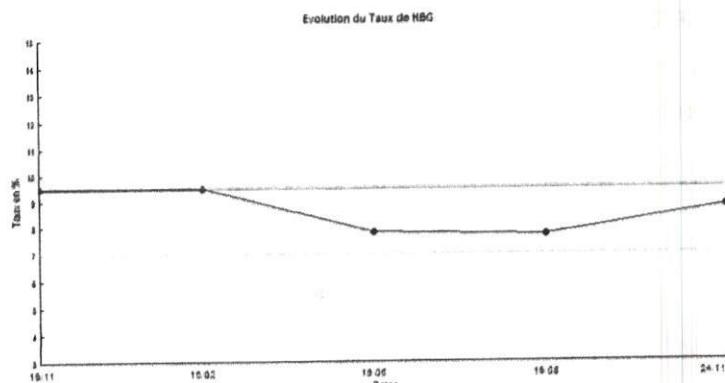
Nature du prélèvement: SANG

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C) 8,8 % 19/08/21 : 7.7 (*)

(Variant II méthode de référence : HPLC)

| HbA1c % (NGSP*) | Interprétation |
|-----------------|---|
| 4.0-6.0 | Zone normale |
| 6.1-7.0 | Très bon équilibre chez un diabétique connu. Risque d'hypoglycémie chez l'insulino-dépendant |
| 7.1-8.0 | Bon équilibre glycémique chez un diabétique Diagnostic sûre d'un diabète |
| > 8.1 | Mauvais équilibre glycémique |

* NGSP : National Glycohemoglobin Standardization Program



UREE 0,25 g/l (VR : 0.21 - 0.43) 19/11/20 : 0.32 (*)
(Abbott Architect CI4100 Urease)

CREATININE 7,4 mg/l (VR : 5.7 - 11.1) 19/11/20 : 7.9 (*)
(Abbott Architect CI4100 Picrate Alcalin)

Résultats validés par Dr.Sherazade LAKHDAR-GHAZAL, Biologiste

DR. S. LAKHDAR GHAZAL
BIOLOGISTE MÉDICAL
LABORATOIRE HARGUIL
Av Kennedy, AGADIR
Tel: 0528 84 80 03 / Fax: 0528 84 15 60

CHOLESTEROL..... 1,82 g/l 19/08/21 : 1.98 (*)
(Abbott Architect CI4100 Enzymatique) 4,70 mmol/l

Recommandations Programme American NCEP(adultes) et American Academy Pediatrics(enfants) :

| | Enfants | Adultes |
|--------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Taux souhaitable : | $< 1.70 \text{ g/l}$ | $< 2.00 \text{ g/l}$ |
| Taux limite : | $1.70 - 1.99 \text{ g/l}$ | $2.00 - 2.39 \text{ g/l}$ |
| Taux élevé : | $> \text{ ou } = 2.00 \text{ g/l}$ | $> \text{ ou } = 2.40 \text{ g/l}$ |

TRIGLYCERIDES..... 0,67 g/l 19/08/21 : 0.64 (*)
(Abbott Architect CI4100 enzymatique) 0,76 mmol/l

Recommendations pour les adultes du rapport ATPIII du programme american NCEP :

Taux souhaitable : < 1.50 g/l
 Taux limite : 1.50 - 1.99 g/l
 Taux élevé : 2.00 - 4.99 g/l
 Taux très élevé : > ou = 5.00 g/l

CHOLESTEROL HDL..... 0,85 g/l 19/08/21 : 0.93.
(Abbott Architect CI4100 Détecteur sélectif

Recommandations pour les adultes du rapport ATPIII du programme american NCER

Facteur de risque majeur pour cardiopathies : 1-0,49 à 1

Facteur de risque négatif pour cardiopathies : $> \text{ou} = 0.60 \text{ g/l}$

Rapport Chol /HDL : 2-14 (VB : < 5.00)

CHOLESTEROL LDL..... 0,84 g/l (VR : < 1.00) 19/08/21 : 0.92
2,17 mmol/l

COMMENTAIRES :

Valeurs normales en l'absence de facteur de risque associé
 (Age, antécédents familiaux, tabac, hypertension artérielle, diabète type II)

OBJECTIFS THERAPEUTIQUES : Si un facteur de risque LDL < 1.90 g/l
Si 2 facteurs de risque LDL < 1.60 g/l
Si plus de 3 facteurs de risque LDL < 1.30 g/l

Ces résultats sont à replacer dans leur contexte clinique et doivent être soumis à votre médecin traitant.

TRANSAMINASES GOT (ASAT) 31 U/l (VR : 5 - 34) 03/09/21 : 24
(Abbott Architect CI4100 NADH sans P51P)

TRANSAMINASES GPT (ALAT) 30 U/l (VR : Inf à 55) 03/09/21 : 28
(Abbott Architect CI4100 NADH sans P5'P)

Résultats validés par Dr.Sherazade LAKHDAR-GHAZAL, Biologiste

DR. S. LAKHDAR GHAZAL
BILOGISTE MÉDICAL
LABORATOIRE HARGUIN
Av. Kennedy, 1000 JASMIN
Tel. 0528 84 80 83 - Fax: 0528 84 15 80

HORMONOLOGIE

Nature du prélèvement: SANG

Antécédents

TSH US.....

(Abbott Architect C14100 CMIA)

1,01 mUI/l (VR : 0.35 - 4.94)

13/02/17 : 0.98

Résultats validés par Dr.Sherazade LAKHDAR-GHAZAL, Biologiste

DR. S. LAKHDAR GHAZAL
BIOLOGISTE MEDICAL
LABORATOIRE HARGUIL
Av Kennedy, AGADIR
Tél: 0528 84 80 03 * Fax: 0528 84 15 60