

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-668663

*Coumer*

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3462 Société : royal air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 143684

Nom & Prénom : SOUSST LAHOUCINE

Date de naissance : 30/06/1946

Adresse : Rue Moulay Abdelhafid / R 07 Hay EL Hassani  
Laayoune

Tél : 06 67 19 73 83 Total des frais engagés : 1181 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27 DEC 2021

Nom et prénom du malade : IGHOULAS FADMA Age : 75

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

Nature de la maladie : HTA

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 : Laayoune

Le : 30 / 12 / 2021

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Étage 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](http://www.mupras.com)

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-668663

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 : 3462  
Nom de l'adhérent(e) : SOUSST LAHOUCINE  
Total des frais engagés : 1181  
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
				Dr. A. G. L. Spécialiste des Maladies du Cœur et des Vaisseaux N° 43 Rue Al Qods Laayoune Tél : 05 28 39 52 Fax : 05 28 39 52

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL MUSTAPHA</b> <b>Av Hassan II Laâyoune</b> <b>tél: 05 28 89 23 59</b> <b>ELAROU YASSINE</b> <b>NPE: 022067482</b>	27/12/22	927,00

[illegible]

<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>						
<b>Cachet et signature du Particien</b>	<b>Date des Soins</b>	<b>Nombre</b>				<b>Montant détaillé des Honoraires</b>
		<b>A M</b>	<b>P C</b>	<b>I M</b>	<b>I V</b>	

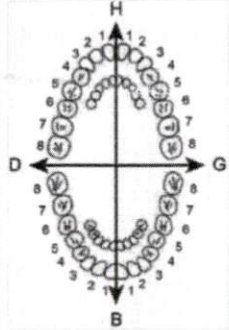
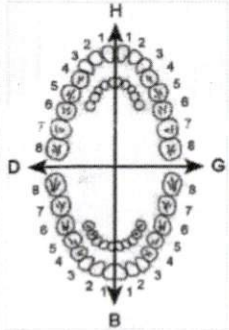
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# 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 : <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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.</p>			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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# عيادة تشخيص أمراض القلب و الشرايين

**CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES**

**Dr. Adel EL KHATABI**

**د. عادل الخطابي**

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat

خريج كلية الطب بالرباط



6 118001 040117  
**DIGOXINE 0,25 mg**  
(Digoxine)  
30 comprimés  
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

**Ordonnance**

**Dr. Adel EL KHATABI**  
Spécialiste des Maladies  
du Cœur et des Vaisseaux  
N° 43 Rue Al Qods Laâyoune  
Tél: 06 43 02 52 39 Fax: 05 28 89 04 20  
21056361

**MME IGHOULAS FADMA**

224,00 X3

672,00

**Exforge 5mg/160mg - comprimé pelliculé**  
1 Comprimé, matin, pendant 3 mois

25,00 X3

75,00

**Digoxine nativelle 0,25 mg - comprimé**  
1 Comprimé, midi 5 jours /7, pendant 3 mois

20,00 X9

180,00

**Sintrom 4 mg - comprimé sécable**  
1 comprimé / 3/4 Comprimé 1 jour sur 2, le s  
des repas , pendant 3 mois



6 118001 040117  
**DIGOXINE 0,25 mg**  
(Digoxine)  
30 comprimés  
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00



6 118001 040117  
**DIGOXINE 0,25 mg**  
(Digoxine)  
30 comprimés  
BOTTU S.A. PPV: 25 DH 00

927,00

**Dr. Adel EL KHATABI**  
Spécialiste des Maladies  
du Cœur et des Vaisseaux  
N° 43 Rue Al Qods Laâyoune  
Tél: 06 43 02 52 39 Fax: 05 28 89 04 20  
21056361

**PHARMACIE EL MUSTAPHA**  
35.Av Hassan II Laâyoune  
Tél: 05 28 89 23 59  
**Dr. ELAROUÏ YASSINE**  
INPE: 022067482

27 DEC. 2022

Laâyoune le.....





611800103056 9

**EXFORGE** ○

**5mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH



611800103056 9

**EXFORGE** ○

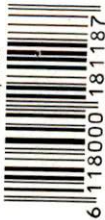
**5mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

4 ملغ  
سنتروم  
أسينو كوما رول

Sintrom® 4 mg   
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

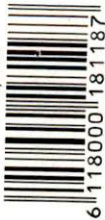
N° Lot :

20,00



4 ملغ  
سنتروم  
أسينو كوما رول

Sintrom® 4 mg   
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

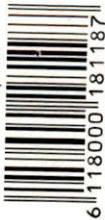
N° Lot :

20,00



4 ملغ  
سنتروم  
أسينو كوما رول

Sintrom® 4 mg   
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

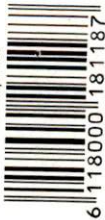
N° Lot :

20,00



4 ملغ  
سنتروم  
أسينو كوما رول

Sintrom® 4 mg   
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

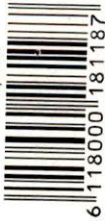
20,00





4 ملغ  
سنتروم  
أسينو كوما رول

Sintrom® 4 mg   
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

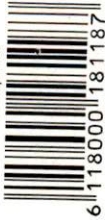
PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20,00



4 ملغ  
سنتروم  
أسينو كوما رول

Sintrom® 4 mg   
Acénocoumarol 10 comprimés



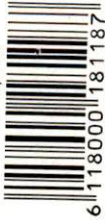
Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20,00

4 ملغ  
سنتروم  
أسينو كوما رول

Sintrom® 4 mg   
Acénocoumarol 10 comprimés



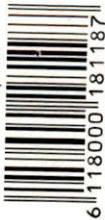
Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20,00

4 ملغ  
سنتروم  
أسينو كوما رول

Sintrom® 4 mg   
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :

Exp :

N° Lot :

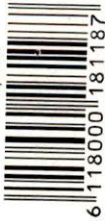
20,00





4 ملغ  
سنتروم  
أسينو كوما رول

Sintrom® 4 mg   
Acénocoumarol 10 comprimés



Médicament autorisé N° : 512/17DMP/21/NRQ

PPV :  
Exp :  
N° Lot :

20,00



**CABINET D'EXPLORATION CARDIO-VASCULAIRE**  
**Dr ADEL EL KHATABI**  
**Cardiologue**

**Diplômé de la faculté de médecine de RABAT**

---

Le , 27/12/2022

*Facture*

Nom : IGHOULAS

Prénom : FADMA

Examens réalisés : Consultation = 200.00

Total = 200.00

Arrêtée la présente facture à la somme de deux cents dirhams.

Signé : Dr Adel El KHATABI

**Dr. Adel EL KHATABI**  
Spécialiste des Maladies  
du Cœur et des Vaisseaux  
N° 43 Rue Al Gada Laayoune  
Tél : 06 43 02 52 39 Fax : 05 26 89 04 20  
**21056361**

# CENTRE D'ANALYSES MÉDICALES ÉT SCIENTIFIQUES SPÉCIALISÉES

**DOCTEUR EL KAMAR**  
Biologiste Médical

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon et Montpellier France  
Diplôme d'Etudes Spécialisées de Biologie Médicale  
Diplôme d'Université d'Antibiothérapie  
Diplôme d'Université de Qualité en Biologie Médicale



مركز التحليلات الطبية  
والعلمية المتخصصة

الدكتور القمر  
إحيائي

ملحق سابق بمستشفيات فرنسا (ليون ومونبلييه)  
دبلوم الدراسات المتخصصة في البيولوجيا الطبية  
دبلوم جامعي في المضادات الحيوية  
دبلوم جامعي في جودة البيولوجيا الطبية

Bactériologie - Biochimie Clinique - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

**Mme IGHOULAS FADMA**

261222 052

**FACTURE : 2212 56871**

Laayoune, le 26/12/2022

**ANALYSES :**

236 TAUX DE PROTHROMBINE

B 040

TOTAL B 40

PRELEVEMENTS : ! 1 T1 10,00

Soit 10,00 Dhs

TOTAL DOSSIER : 54,00 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
Cinquante quatre Dh

Centre d'analyses médicales  
et scientifiques spécialisées  
الدكتور القمر  
Docteur EL KAMAR

135, Avenue Mekka Laâyoune 70 000 شارع مكة العيون 135

☎ : 05 28 89 13 75 / 05 28 99 73 20 - 📠 : 05 28 89 29 68 - ✉ : camss2013@gmail.com .  
RC : 12648 - CNSS : 2374619 - IF : 18748458 - ICE : 001592284000090 - INPE : 023001464



**Mme IGHOULAS FADMA**

Dossier : 261222 052

DN : 01/01/1965

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date du prélèvement : 26/12/2022 à 09h55

Edité le: 26/12/2022

Résultats complets

1 / 1

**COAGULATION**

(SYSMEX CA500)

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

**TAUX DE PROTHROMBINE**

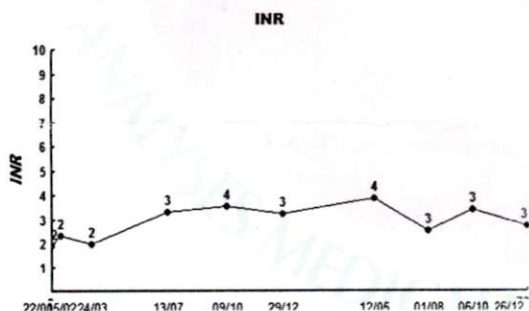
Taux de Prothrombine : 26 %  
I.N.R : 2.73

06/10/22 : 20  
06/10/22 : 3.42

**INTERPRETATION**

Patient sans A.V.K. : TP (75 à 100%)  
: INR (1.0 à 1.1)  
Patient sous A.V.K:  
Prévention d'une thrombose veineuse : INR (1.8 à 3.0)  
Prévention d'une thrombose veineuse récidivante : INR (2.5 à 4.2)  
Traitement des phlébites ou embolies pulmonaires: INR (2.5 à 4.2)  
Prévention d'une thrombose artérielle : INR (3 à 4.5)  
Valves cardiaques, mécaniques : INR (3 à 4.5)

Un hémocrite > 55 % ou < 20 % peut interférer avec le dosage



Validation Biologique  
مركز التحاليل الطبية  
والعلمية المتخصصة  
الدكتور القمر  
Docteur El kamar  
CENTRE D'ANALYSES MEDICALES  
ET SCIENTIFIQUES SPECIALISEES