

## 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-787514

payé

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : Matricule : 3462 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Nom & Prénom : SOUSST LAHOUCINE

Date de naissance : 30/6/1946

Adresse : Rue Moulay Abdelhassid N°7 Hay EL HASSANI Laayoune

Tél. : 06 67 19 73 83 Total des frais engagés : 1876,6 Dhs

Cadre réservé au médecin

Dr. Adel EL KHATABI  
Spécialiste des Maladies  
du Cœur et des Vaisseaux  
11° 43 Rue Al-Qods Laayoune  
Tél : 06 43 02 52 39 Fax : 05 18 89 04 20  
21056361

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/04/2023

Nom et prénom du malade : IGHOULAS FADMA

Age : 1965

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Diabète sucré de type 2

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 : 9 / 5 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-787514

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 :


1876,6

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
27/04/2023			200	
27/04/2023			600	

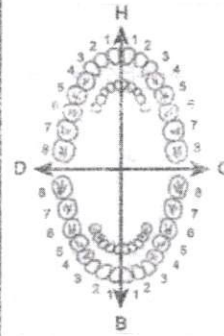
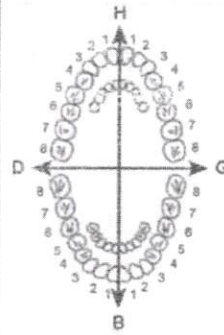
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE EL MUSTAPHA</b> 35. Av Hassan II Laâyoune Tél: 05 28 89 23 59 <b>Dr. ELAROUY YASSINE</b> INPE: 022067482	27/04/23	902,00

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	26/04/23	B136	174,60

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

VOILET 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 : <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"/>														
D.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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														



عيادة تشخيص أمراض القلب و الشرايين

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Dr. Adel EL KHATABI

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat



د. عادل الخطابي

خريج كلية الطب بالرباط

Ordonnance

27 AVR. 2023

IGHOULAS FADMA

224,10 x 4  
672,001 EXTROGE 5/160



25,10 x 2  
10,1002 D'Goxine 0,125



2000 x 9  
180,1003 Scotex 4mg



3/4 cp',

TN 43 mg

902,00

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

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

Laâyoune le.....



6 118001 040117

**DIGOXINE 0,25 mg**

(Digoxine)  
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00



**Digoxine Nativelle® 0,25 mg**

**Respecter les doses prescrites**

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
tentivement la notice intérieure avant utilisation

**Digoxine Nativelle® 0,25 mg**

30 comprimés

Voie orale





6 118001 040117

**DIGOXINE 0,25 mg**

(Digoxine)  
30 comprimés

BOTTU S.A.

PPV: 25 DH 00



**Digoxine Nativelle® 0,25 mg**

**Respecter les doses prescrites**

Uniquement sur ordonnance - Liste I  
tentivement la notice intérieure avant utilisation

**Digoxine Nativelle® 0,25 mg**

30 comprimés

Voie orale







611800103056 9

**EXFORGE** ○

**5mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

**Exforge® 5 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة  
لأنه | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

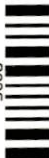
08 2025

B60AJ5

EXP

LOT

3608





611800103056 9

**EXFORGE** ○

**5mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

**Exforge® 5 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة  
لأنه | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

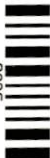
08 2025

B60AJ5

EXP

LOT

3608





611800103056 9

**EXFORGE** ○

**5mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

**Exforge® 5 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة  
لأنه | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

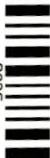
08 2025

B60AJ5

EXP

LOT

3608







611800103056 9

**EXFORGE** ○

**5mg/160mg**

28 comprimés pelliculés

PPV : 224,00 DH

**Exforge® 5 mg/160 mg**

28 comprimés pelliculés

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

Liste I - Uniquement sur ordonnance.

احترم الجرعات الموصوفة  
لأنه | - يصرف فقط بموجب وصفة طبية

08 2025

B60AJ5

EXP

LOT

3608



4<sup>®</sup> ملغ  
سنتروم 4  
أسينو كوما رول

Sintrom<sup>®</sup> 4 mg ○  
Acinocoumarol 10 comprimés



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

PPV :

Exp :

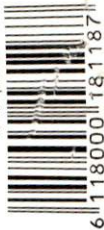
N° Lot :

20,00



4<sup>®</sup> ملغ  
سنتروم  
أسينو كوما رول

Sintrom<sup>®</sup> 4 mg ○  
Acinocoumarol 10 comprimés



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

PPV :

Exp :

N° Lot :

20,00



4<sup>®</sup> ملغ  
سنتروم  
أسينو كوما رول

Sintrom<sup>®</sup> 4 mg ○  
Acinocoumarol 10 comprimés



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

PPV :

Exp :

N° Lot :

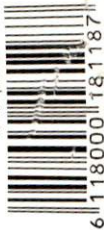
20,00





4<sup>®</sup> ملغ  
سنتروم  
أسينو كوما رول

Sintrom<sup>®</sup> 4 mg ○  
Acinocoumarol 10 comprimés



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

PPV :

Exp :

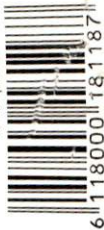
N° Lot :

20,00



4<sup>®</sup> ملغ  
سنتروم  
أسينو كوما رول

Sintrom<sup>®</sup> 4 mg ○  
Acinocoumarol 10 comprimés



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

PPV :

Exp :

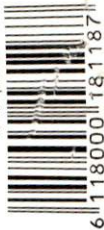
N° Lot :

20,00



4<sup>®</sup> ملغ  
سنتروم  
أسينو كوما رول

Sintrom<sup>®</sup> 4 mg ○  
Acinocoumarol 10 comprimés



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

PPV :

Exp :

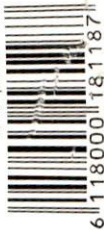
N° Lot :

20,00



4<sup>®</sup> ملغ  
سنتروم  
أسينو كوما رول

Sintrom<sup>®</sup> 4 mg ○  
Acinocoumarol 10 comprimés



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

PPV :

Exp :

N° Lot :

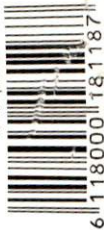
20,00





4<sup>®</sup> ملغ  
سنتروم  
أسينو كوما رول

Sintrom<sup>®</sup> 4 mg ○  
Acinocoumarol 10 comprimés



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

PPV :

Exp :

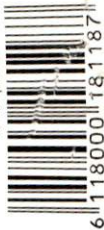
N° Lot :

20,00



4<sup>®</sup> ملغ  
سنتروم  
أسينو كوما رول

Sintrom<sup>®</sup> 4 mg ○  
Acinocoumarol 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, jeudi 27 avril 2023

*Facture*

Nom : IGHOULAS

Prénom : FADMA

Examens réalisés : Consultation = 200.00

Examens réalisés : Echo-Doppler Cardiaque = 600.00

Total = 800.00

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

Signé : Dr Adel El KHATABI

**Dr Adel El Khatabi**  
Spécialiste des Maladies  
du Cœur et des Vaisseaux  
N° 43 Rue Al Guds Indiyouna  
Tél : 06 43 02 52 39 Fax : 06 28 89 04 20  
**21056361**

Centre de Chirurgie Cardio-Vasculaire et Thoracique

le 27/05/2010

M = ICHOUAS. Gachine

TD

INR

Dr. DRISS Abdellah  
RAGRAGUI  
F.R.C.S. Ch M  
Chirurgie Cardio  
Vasculaire et Thoracique

C.C.V.T.

20, Rue Franca Ville - Oasis - Casablanca  
Tél. : 05 22.98.48.48 / 05 22.99.13.13 - Fax : 05 22.98.96.96  
E-mail : ccvtregagui@wanadoo.net.ma  
Patente : 34753018 - IF : 1087448







عيادة تشخيص أمراض القلب و الشرايين

CABINET D'EXPLORATIONS CADRIO-VASCULAIRES

Dr. Adel EL KHATABI

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat



د. عادل الخطابي

خريج كلية الطب بالرباط

Ordonnance

IGHOULAS Fadma.

HbA1c

مركز التحليلات الطبية و العيادات المتخصصة  
Centre d'Analyses Médicales  
et Scientifiques Spécialisées  
الاستشاري الدكتور  
Docteur EL KAMAR

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

27 MAR. 2023

Laâyoune le .....

# CENTRE D'ANALYSES MEDICALES ET 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

260423 998

FACTURE : 2304 62458

Laayoune, le 26/04/2023

## ANALYSES :

236	TAUX DE PROTHROMBINE	B	040
119	HEMOGLOBINE GLYQUEE HBA1 C	B	096

TOTAL B 136

PRELEVEMENTS : ! 1 T1 25,00

Soit 25,00 Dhs

TOTAL DOSSIER : 174,60 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Cent soixante quatorze Dh et soixante cts

مركز التحليلات الطبية والعلمية المتخصصة  
Centre d'Analyses Médicales  
et Scientifiques Spécialisées  
الدكتور القمر  
El KAMAR

135, Avenue Mekka Laâyoune 70 000 شارع مكة العيون



: 05 28 89 13 75 / 05 28 99 73 20



: camss2013@gmail.com

RC : 12648 - CNSS : 2374619 - IF : 18748458 - ICE : 001592284000090 - INPE : 023001464

Mme IGHOULAS FADMA

Dossier : 260423 998

DN : 01/01/1965

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Date du prélèvement : 26/04/2023 à 09h39

Edité le: 26/04/2023

Résultats complets

1 / 2

**BIOCHIMIE**  
(HITACHI 912)

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

H.B.A.1.C : 7,0 %  
(CHROMATOGRAPHIE LIQUIDE HAUTE PERFORMANCE (HPLC)-AUTOMATE ADAMS)

06/10/22 : 9.4

INTERPRETATION:

LES VALEURS DE REFERENCE D'UNE POPULATION NON DIABETIQUE SONT COMPRISES ENTRE 4 ET 6 %

L'OBJECTIF THERAPEUTIQUE D'UN DIABETE TYPE 2 EST INFERIEUR A 7 %

(objectif à moduler en fonction du contexte clinique du patient)

DANS LE DIABETE DE TYPE 1, L'OBJECTIF EST DE MAINTENIR UNE HBA1c A MOINS DE 7 OU 7,5 %

EN PRENANT GARDE AU RISQUE D'HYPOGLYCEMIE.

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





**Mme IGHOULAS FADMA**

Dossier : 260423 998

DN : 01/01/1965

Prélèvement Effectué au Laboratoire  
Date du prélèvement : 26/04/2023 à 09h39  
Edité le: 26/04/2023 à 11h00  
Résultats complets

2 / 2

**COAGULATION**  
(SYSMEX CA500)

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

**TAUX DE PROTHROMBINE**

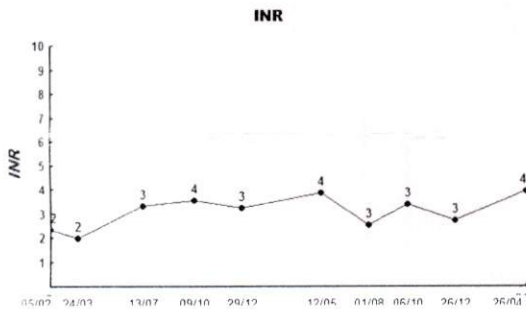
Taux de Prothrombine : 17 %  
I.N.R : 3.96

26/12/22 : 26  
26/12/22 : 2.73

**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 التحليلات الطبية  
والعلمية المتخصصة  
الدكتور القمر  
Docteur El kamar  
CENTRE D'ANALYSES MEDICALES  
ET SCIENTIFIQUES SPECIALISEES