

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W21-814587

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2680 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : LAATIGUI MOHAMMED
 Date de naissance : 1950
 Adresse : BUL MAGHREB EL ARABI HAYBAOR
N. 104 BEN PRAR OUIDA
 Tél. : 0673 87 1254 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 7/2
 Nom et prénom du malade : LAATIGUI MOHAMMED Age : 70
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : 1757
 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 : Oujda

Le : 12/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
21/2/24		300		Dr. YOUSSEF ABDELRAZAK

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BADR BENI DRAR Dr BELMOSTEFA Ilyas Bd. Hassan II, Lot. Badr Beni Drar Tel : 05 36 65 03 03	07/02/2024	685,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
مختبر الأشعة 28 شارع جيش التحرير - وجدة الهاتف / الفاكس: 05 36 68 41 68	08/02/2024	B (583)	530,00dh
		INPE: 083061283	

AUXILIAIRES MEDICAUX

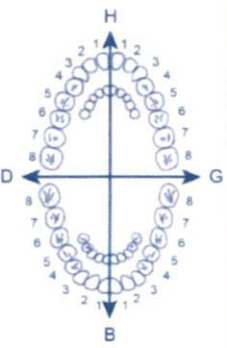
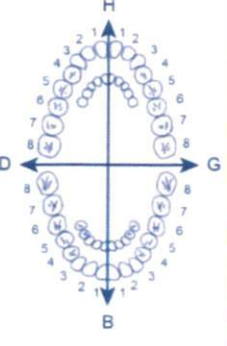
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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	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 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			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

Dr. YOUSSEF DERRAZ
CARDIOLOGUE
CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL
Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Paris
Diplômé de Cardiologie Interventionnelle - Université Paris Descartes
Diplômé d'Echocardiographie - Université Victor Segalen Bordeaux 2



الدكتور يوسف دراز
أخصائي أمراض و توسيع شرايين القلب
طبيب داخلي سابق بالمستشفيات الجامعية بالرباط و باريس
دبلوم قسطرة القلب و توسيع الشرايين التاجية - جامعة باريس
دبلوم فحص القلب بالصدى - جامعة بوردو فرنسا

Oujda le :

7/2/24

..... : وجدة في

La figure ci-dessous illustre l'état de la patiente.

Wahid Rah

NTS

ECBU

Cardiologue Interventionnel

DR. YOUSSEF DERRAZ
Cardiologue Interventionnel
Résidence Al Amal, Bureau 5
Ed. Allal Ben Abdellah Oujda
Tél: 05 36 70 70 04 - GSM: 06 61 43 88 63

مختبر بوشنتوف للتحاليل الطبية
د. حمدوي بوبكر
28 شارع جيش التحرير - وجدة
الهاتف / الفاكس: 05 36 68 41 68
INPE: 083061283

4, Résidence al amal, bureau 5 BD. Allal ben abdellah ☎ 05 36 70 70 04

4, إقامة الأمل مكتب 5, شارع علال بن عبد الله ☎ 06 61 43 88 63



081175036

Dr. YOUSSEF DERRAZ
CARDIOLOGUE
CARDIOLOGUE INTERVENTIONNEL
Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat et Paris
Diplômé de Cardiologie Interventionnelle - Université Paris Descartes
Diplômé d'Echocardiographie - Université VictorSegalen Bordeaux2



الدكتور يوسف دراز
أخصائي أمراض و توسيع شرايين القلب
طبيب داخلي سابق بالمستشفيات الجامعية بالرباط و باريس
دبلوم قسطرة القلب و توسيع الشرايين التاجية - جامعة باريس
دبلوم فحص القلب بالصدى - جامعة بوردو فرنسا

Oujda le :

7 février 2024

وجدة في :

Nom : Latigui
Prénom : Meryeme

Ordonnance

- | | |
|-----------------------|---------|
| 1-Irphi plus 300/25 : | 1-0-0 |
| 2-Cardioaspirine100: | 1-0-0 |
| 3-Cardensiel 2,5: | 1/2-0-0 |
| 4-Prazol 20: | 1-0-0 |
| 5-Lasilix 40: | 1/2-0-0 |

TTT. 3mois

PHARMACIE BADR BENI DRAR
Dr. BELKOSTER A. Ilkos
Bd. Hassan V. Cot. Badr Beni Drar
Tel : 05 36 65 03 03

Dr. YOUSSEF DERRAZ
Cardiologue
4, Résidence AL Amal, Bureau 5
Ed. Allal Ben Abdellah, Oujda
Tél : 05 36 70 70 04 - GSM: 06 61 43 88 63

4, Résidence al amal, bureau 5 BD.Allal ben abdellah ☎ 05 36 70 70 04
4, إقامة الأمل مكتب 5, شارع علال بن عبدالله ☎ 06 61 43 88 63



LOT : 23E007
PER : 07/2027

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

7862160246

LOT : 23E007
PER : 05/2027

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



6 118000 060468

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Facture N° 920

Nom et Prénom : LATIGUI MERYEME 69 ans-F

Date prélèvement : 08/02/2024 09:02:00

	Montant HT	TVA (B=1.1)	Montant TTC
Analyse			
UREE	45.05	4.95	50.00
CRE	45.05	4.95	50.00
FNS	72.07	7.93	80.00
EQ	0	0.00	0.00
ECBU	135.14	14.86	150.00
GLY	27.03	2.97	30.00
HBA1C	72.07	7.93	80.00
CHOL	36.04	3.96	40.00
TRIG	45.05	4.95	50.00

TOTAL GENERAL:

Total HT: 477.5

Total TVA: 52.5

Montant TTC : 530.00

La présente facture est arrêtée à la somme de cinq cent trente dirhams.

مختبر بوشنتوف للتحاليل الطبية
د. حمدوي بوشنتوف
28 شارع جيش التحرير - وحدة
الهاتف / الفاكس: 05 36 68 41 68

F604162

cabinet de cardiologie Dr derraz

Name: latigui meryeme

Cli No.:

Sex: Female

Age:

SN: 0016691

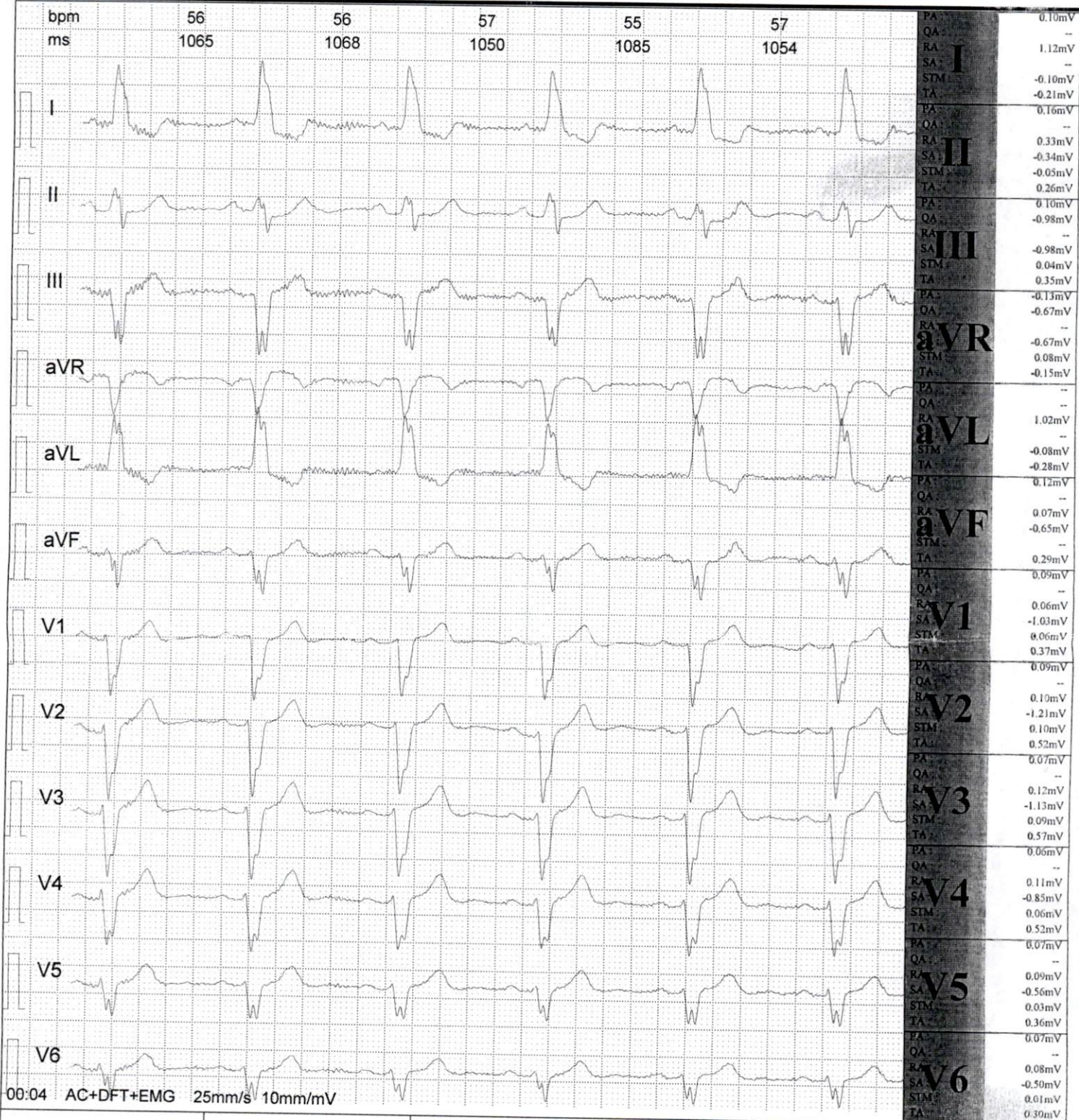
Section:

1819154

CaseNo.:

BedNo.:

Date: 07/02/2024 15:12:37



00:04 AC+DFT+EMG 25mm/s 10mm/mV

Frequency:	1000Hz	QT Interval:	494ms
Sample Time:	15s	QTc Interval:	481ms
HR:	57bpm	P Axis:	67.80j°
P Interval:	181ms	QRS Axis:	333.60j°
QRS Interval:	158ms	T Axis:	114.30j°
T Interval:	267ms	RV5/SV1	0.09/1.03mV
PR Interval:	271ms	RV5+SV1	1.12mV

Prompt:

Total Beats 14, Normal Beats 13, VE 1.

Middling Left axis deviation; I AV block; ST depression, high lateral myocardial ischemia;

Doctor:



Dr. HAMDAROU Boubeker

Médecin Biologiste

Diplômé de Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

د. حمداوي بوبكر

طبيب أحيائي

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط



Demande N° : 314

Prescrit par Dr : DERRAZ YOUSSEF

Patient : LATIGUI MERYEME 69 ans-F

Date de demande : 08/02/2024 09:02:00

Date de réception : 09/02/2024 08:30



192509

Compte Rendu d'Analyses

N° Dossier: 314

Hématologie

Examens demandés	Résultats	Unité	Normes	Antériorité
NUMERATION-FORMULE SANGUINE (NFS)				
(WBC) Globules blancs	5.8	$10^3/\mu\text{L}$	3.8 - 11.0	
(RBC) Globules rouges	4.57	$10^6/\mu\text{L}$	3.80 - 5.10	
(HGB) Hémoglobine	13.5	g/dL	11.5 - 16.0	
(HCT) Hématocrite	41.1	%	35.0 - 47.0	
(MCV) Volume globulaire	89.9	fL	76.0 - 96.0	
(MCH) Teneur corpusculaire moyenne en Hb	29.5	pg	24.0 - 34.0	
(MCHC) Concentration corpusculaire moyenne en Hb	32.8	g/dL	30.0 - 36.0	
(PLT) Plaquettes	186	$10^3/\mu\text{L}$	140 - 500	
EQUILIBRE LEUCOCYTAIRE (Décompte automatisé)				
P. Neutrophiles	3 802	/mm ³	1 400 - 7 500	
P. Neutrophiles %	65.1	%	34.0 - 71.1	
P. Eosinophiles	99	/mm ³	40 - 500	
P. Eosinophiles %	1.7	%	0.7 - 5.8	
P. Basophiles	29	/mm ³	0 - 100	
P. Basophiles %	0.5	%	0.0 - 1.0	
Monocytes	491	/mm ³	80 - 1 000	
Monocytes %	8.4	%	0.0 - 15.0	
Lymphocytes	1 419	/mm ³	500 - 4 000	
Lymphocytes %	24.3	%	25.0 - 45.0	

مختبر بوشنتوف للتحاليل الطبية
Laboratoire Bouchentouf D'analyses Médicales
د. حمداوي بوبكر
Dr. Boubeker HAMDAROU
Médecin Biologiste



28 شارع جيش التحرير عمارة بنا الطابق الأول - وجدة

28, Avenue de l'armée de Libération Immeuble Bana 1er étage - Oujda

Tél. / Fax: 05 36 68 41 68 - Gsm: 06 61 57 10 11 - URGENCE: 06 61 37 72 40^{1/3}



Dr. HAMDAOUI Boubeker

Médecin Biologiste

Diplômé de Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

314

LATIGUI MERYEME 69 ans-F

08/02/2024 09:02:00

د. حمداوي بوبكر

طبيب أحيائي

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط



Biochimie sanguine

Examens demandés	Résultats	Unité	Normes	Antériorité
GLYCEMIE A JEUN (BA25)	<u>1.64</u>	g/L	0.70 - 1.10	
HbA1C (Hb glyquée)	<u>9.4</u>	%	4.0 - 6.0	

Interprétation:

- > 8 Action suggérée
- < 7 But à atteindre
- < 6 Taux non diabétique

UREE SANGUINE (BA25)	0.22	g/L	0.10 - 0.55
CREATININE SANGUINE (BA25)	7.60	mg/L	5.00 - 12.00
CLAIRANCE CREATININE MDRD	80.3	mL/min	>60.0

Estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG):

DFG (ml/min/1.73m ²)	Stades MRC	Définitions
> 90	1	DFG normal.
60 à 90	2	DFG légèrement diminué.
30 à 59	3	Insuffisance rénale chronique modérée.
15 à 29	4	Insuffisance rénale chronique sévère.
< 15	5	Insuffisance rénale chronique terminale.

CHOLESTEROL TOTAL (BA25)	<u>1.32</u>	g/L	1.40 - 2.00
TRIGLYCERIDES (BA25)	1.51	g/L	0.35 - 1.60

مختبر بوشنتوف للتحاليل الطبية
Laboratoire Bouchentouf D'analyses Médicales
Dr. Bouchentouf
314



28 شارع جيش التحرير عمارة بنا الطابق الأول - وجدة

28, Avenue de l'armée de Libération Immeuble Bana 1er étage - Oujda

Tél. / Fax: 05 36 68 41 68 - Gsm: 06 61 57 10 11 - URGENCE: 06 61 37 72 40^{2/3}



Dr. HAMDAOUI Boubeker

Médecin Biologiste

Diplômé de Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

د. حمداوي بوبكر

طبيب أحيائي

خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط



LATIGUI MERYEME 69 ans-F

08/02/2024 09:02:00

Cyto-Micro-Biologie

Examens demandés	Résultats	Unité	Normes	Antériorité
ETUDE CYTO-BACTERIO URINAIRE				
EXAMEN MACROSCOPIQUE				
ASPECT	Légèrement trouble			
Couleur	Jaunâtre			
GLUCOSE	POSITIF			
NITRITES	NEGATIF			
PROTEINES	NEGATIF			
DENSITÉ URINAIRE	1.015		1.015 - 1.025	
PH	7		5 - 8	
Acetone	Absence			
EXAMEN CYTOLOGIQUE				
LEUCOCYTES	400		10000 / ml	
HEMATIES	0		1000 /ml	
CELLULES EPITHELIALES	Assez nombreux			
CRISTAUX	Absence			
CYLINDRES	Absence			
LEVURES	Absence			
EXAMEN BACTERIOLOGIQUE				
CULTURE	Négative			
Numération	< 10 ^3			
Conclusion	Absence d'infection urinaire			

مختبر بوشنتوف للتحليلات الطبية
Laboratoire Bouchentouf D'analyses Médicales
د. حمداوي بوبكر
Dr. Boubeker HAMDAOUI
Médecin Biologiste
Tél. 05 36 68 41 68 - GSM: 06 61 57 10 11



28 شارع جيش التحرير عمارة بنا الطابق الأول - وجدة

28, Avenue de l'armée de Libération Immeuble Bana 1er étage - Oujda

Tél. / Fax: 05 36 68 41 68 - Gsm: 06 61 57 10 11 - URGENCE: 06 61 37 72 40^{3/3}