

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Le bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM  
HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS  
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
des répétées en plusieurs séances ou actes  
soins comportant un ou plusieurs échelons  
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance et d'Assurances Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

**FEUILLE DE SOINS 1574406**

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **EL YASTI MOHAMMED**  
Matricule : **8591** Fonction : **E.D.S** Poste : **9013**  
Adresse : **Habituelle**  
Tél. : \_\_\_\_\_ Signature Adhérent : *[Signature]*

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **El Yasti Mohamed** Age : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : **21/06/19**  
Nature de la maladie : **Salmonella enteritidis**  
S'il s'agit d'un accident, causes et circonstances : \_\_\_\_\_  
A \_\_\_\_\_ le **21/06/19** Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

**DECLARATION** **1574406**  
Matricule N° : **8591**  
Nom du patient : \_\_\_\_\_  
Date de dépôt : **250 + 595,70 + 672,20**  
Montant engagé : **+ 782**  
Nombre de pièces jointes : \_\_\_\_\_





## 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 21/06/19        | CS                |                       | 250,00                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

D. Aminouzzif  
 Spécialiste d'Ortodontologie  
 1038 Appl N°2  
 C/M Rabat 1038  
 0663 42 96

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 21/06/19 | 595,7                 |
|  | 20/07/19 | 672,2                 |

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|   | 29/06/19 | B 550 + PC                   | 762,00 DH              |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et Signature du praticien | Dates des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|-----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                 | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                 |        |    |    |    |                                 |

## VOLET ADHERENT

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

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES            | Dents Traitées  | Nature des Soins | Coefficient |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|----------------------------|---|------------------|-------------|-------------------------|--|---|----------|--|----------|----------|--|----------|---|--|---|----------|--|----------|----------|--|----------|---|--|--|-------------------|
|                            |   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            |   |                  |             | MONTANT DES SOINS       |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            |   |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            |   |                  |             | FIN D'EXECUTION         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            |   |                  |             |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            |   |                  |             |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            |   |                  |             |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            |   |                  |             |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            |   |                  |             |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            |   |                  |             |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            | <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |                  |             | H                       |  | H | 25533412 |  | 21433552 | 00000000 |  | 00000000 | D |  | G | 00000000 |  | 00000000 | 35533411 |  | 11433553 | B |  |  | MONTANT DES SOINS |
|                            | H   |                  | H           |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            | 25533412  |                  | 21433552    |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            | 00000000  |                  | 00000000    |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            | D   |                  | G           |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            | 00000000  |                  | 00000000    |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            | 35533411  |                  | 11433553    |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            | B   |                  |             |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             | DATE DU DEVIS           |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            |   |                  |             | DATE DE L'EXECUTION     |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            |   |                  |             |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            |   |                  |             |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            |   |                  |             |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            |   |                  |             |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            |   |                  |             |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |
|                            |   |                  |             |                         |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |   |          |  |          |          |  |          |   |  |  |                   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Docteur Amina OUZZIF

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

Faculté de Médecine RABAT

Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes

Diplôme d'Échoendoscopie :

Faculté de Médecine MARSEILLE

Diplôme des Maladies Inflammatoires Intestinales :

Faculté de Médecine LILLE

Endoscopie Digestive

Echographie Abdominale

Proctologie Médico-chirurgicale

# الدكتورة أمينة وزيف

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي

كلية الطب الرباط

المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير

دبلوم صدى التنظير الداخلي : كلية الطب مرسيليا

دبلوم أمراض التهاب الأمعاء المزمن : كلية الطب ليل

الفحص بالمنظار الداخلي بالفيدوي

المعدة - الأمعاء - المخرج

الفحص بالصدى

أمراض وجراحة المخرج والبواسير

## ORDONNANCE

21/06/2019

Mr EL YASTI MOHAMMED

### 1 - RANCIPHEX 20

1 comprimé le matin, avant le repas, pendant 1 mois

### 2 - TRIDIGEST

1 sachet le matin, à midi et le soir, après le repas

### 3 - LIBRAX

1 comprimé, matin et soir après repas, pendant 1 mois

### 4 - KALMAGAS

2 comprimés, 2 fois par jour, 1 h après le repas, pendant 10 Jours

### 5 - METEOSPASYL

Chaque Jour(s), 1 capsule le matin, à midi et le soir, après le repas, pendant 10 Jours

PPV: 64 DH 50

PPV: 64 DH 50

100718  
15/06/2022  
45.00 DH  
100518  
15/06/2022  
45.00 DH  
100318  
15/06/2022  
45.00 DH  
100118  
15/06/2022  
45.00 DH  
100018  
15/06/2022  
45.00 DH  
027918  
15/06/2022  
45.00 DH  
027918  
15/06/2022  
45.00 DH  
027918  
15/06/2022  
45.00 DH  
027918  
15/06/2022  
45.00 DH

LOT:19051 PER:05/2022  
PPV: 21.00 DH

LOT:19023 PER:03/2022  
PPV: 21.00 DH

Lot: 190152  
A consommer de  
préférence avant le: 03/2024

PPC: 79,90 DH

KALMAGAS Cpr Ete 60  
PPC: 129,00 DH

Ut av :  
Fév / 2024 Lot 199/67

THERAPHARM

METEOSPASYL® B 20 caps molles  
Alvéine citrate 60 mg / Siméticone 300 mg  
P.P.V. : 40,40 DH

Distribué par COOPER PHARMA  
41, rue Mohamed Diouri - Casablanca

6 118001 100293

1036 ش. رقم 2 (قرب المركز التجاري المنال) حي يعقوب المنصور - الرباط

Avenue Al Massira N° 1036, Appt. N°2 (A Côté du Complexe Al Manal) C.Y.M - RABAT

الهاتف : 0663 42 96 04 / 0537 79 03 33

E-mail : ouzzifa@yahoo.fr : البريد الإلكتروني

# Docteur Amina OUZZIF

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

Faculté de Médecine RABAT

Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes

Diplôme d'Échoendoscopie :

Faculté de Médecine MARSEILLE

Diplôme des Maladies Inflammatoires Intestinales :

Faculté de Médecine LILLE

Endoscopie Digestive

Echographie Abdominale

Proctologie Médico-chirurgicale

## الدكتورة أمينة وزيف

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي

كلية الطب الرباط

المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير

دبلوم صدى التنظير الداخلي : كلية الطب مرسيليا

دبلوم أمراض التهاب الأمعاء المزمن : كلية الطب ليل

الفحص بالمنظار الداخلي بالفيديو

المعدة - الأمعاء - المخرج

الفحص بالصدى

أمراض وجراحة المخرج والبواسير

## ORDONNANCE

20/07/2019

Mr EL YASTI MOHAMMED

### 1 - RACIPER 40

1 comprimé 2 fois par jour, avant le repas, pendant 14

### 2 - NEOMOX 1 G

1 comprimé, 2 fois par jour, après le repas, pendant 14

### 3 - C-BAC 500

1 gélule le matin et le soir, après le repas, pendant 14

### 4 - METROZAL 500

1 comprimé le matin et le soir, après le repas, pendant

RACIPER® 40 mg

28 comprimés gastro-résistant

Voie orale



6 118001 300754



132,00

132,00

METROZAL®

Métroclazole 500mg

Boîte de 20 comprimés

P.P.V. : 32.50 DH



6 118000 190967

METROZAL®

Métroclazole 500mg

Boîte de 20 comprimés

P.P.V. : 32.50 DH



6 118000 190967

شارع المسيرة رقم 1036 ش. رقم 2 (قرب المركز التجاري المنال) حي يعقوب المنصور - الرباط

Avenue Al Massira N° 1036, Appt. N°2 (A Côté du Complexe Al Manal) C.Y.M - RABAT

Tél. : 0663 42 96 04 / 0537 79 03 33 : الهاتف

E-mail : ouzzifa@yahoo.fr : البريد الإلكتروني

# Docteur Amina OUZZIF

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif

Faculté de Médecine RABAT

Estomac - Foie - Intestins - Hémorroïdes

Diplôme d'Échoendoscopie :

Faculté de Médecine MARSEILLE

Diplôme des Maladies Inflammatoires Intestinales :

Faculté de Médecine LILLE

Endoscopie Digestive

Echographie Abdominale

Proctologie Médico-chirurgicale

## الدكتورة أمينة وزيف

اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي

كلية الطب الرباط

المعدة - الأمعاء - الكبد - البواسير

دبلوم صدى التنظير الداخلي : كلية الطب مرسيليا

دبلوم أمراض التهاب الأمعاء المزمن : كلية الطب ليل

الفحص بالمنظار الداخلي بالفيديو

المعدة - الأمعاء - المخرج

الفحص بالصدى

أمراض وجراحة المخرج والبواسير

## Demande d'analyses

21/06/2019

Mr EL YASTI MOHAMMED

### Bilan lipidique

Cholestérol total

Triglycérides

### Bilan glycémique

Glycémie à jeûn

Hb Alc

### Bilan hépatique

ALAT

ASAT

GammaGT

SEROLOGIE DE HP



Signature of Dr. Amina OUZZIF

06/5-44



# مختبر التحليلات الطبية المعاريف

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAARIF



Laboratoire Certifié ISO 9001 du 06/04/15

Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le 22-06-2019

Mr EL YASTI Mohammed

FACTURE N° A19060577

| Récapitulatif des analyses |                                  |      |       |
|----------------------------|----------------------------------|------|-------|
| CN                         | Analyse                          | Val  | Clefs |
| 9105                       | Traitement échantillon sanguin   | E25  | E     |
| 0106                       | Cholestérol total                | B30  | B     |
| 0118                       | Glycémie                         | B30  | B     |
| 0119                       | Hémoglobine glycosylée           | B100 | B     |
| 0134                       | Triglycérides                    | B60  | B     |
| 0141                       | Gamma glutamyl transférase (GGT) | B50  | B     |
| 0146                       | Transaminases O (TGO)            | B50  | B     |
| 0147                       | Transaminases P (TGP)            | B50  | B     |
| 0270                       | Helicobacter pylori              | B180 | B     |

Total des B : 550

TOTAL DOSSIER : 762.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
sept cent soixante-deux dirhams





Dr. Abderrazzak ZIZI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Reims



Casablanca le : 24-06-2019

Mr EL YASTI Mohammed

Code : A19060577

Référence : A19060577

Du : 22-06-2019

Prescripteur : Dr OUZZIF Amina

Normes

Antériorités

## BIOCHIMIE SANGUINE

|   |  |             |
|---|--|-------------|
| Glycémie à jeun                                 | 1.15 g/L   | (0.70-1.10) |
|   | 6.38 mmol/L                                      | (3.89-6.11) |
| Hémoglobine glyquée (HBA1c)<br>(Technique HPLC) | 5.7 %  | (<6.5)      |
| Commentaire                                     | Tracé électrophorétique de l'hémoglobine normal. |             |
| Transaminase GOT (ASAT)                         | 19 UI/L  | (10-45)     |
| Transaminase GPT (ALAT)                         | 21 UI/L  | (10-40)     |
| Gamma GT  | 22 UI/L  | (10-45)     |
| Cholestérol total                               | 2.37 g/L   | (1.30-2.00) |
|   | 6.11 mmol/L                                      | (3.35-5.16) |
| (Normes: Recommandations AMCAR de février 2015) |  |             |
| Triglycérides                                   | 0.76 g/L   | (<1.50)     |
|   | 0.87 mmol/L                                      | (<1.71)     |

## SEROLOGIE INFECTIEUSE

Anticorps anti-Helicobacter Pylori IgG

(ELISA Alegria ORGENTEC)

Positif

Index

&gt;200.0 U/mL

## Interprétation :

|              |           |
|--------------|-----------|
| < 20 U/mL    | : Négatif |
| 20 - 25 U/mL | : Limite  |
| > 25 U/mL    | : Positif |

