

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.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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° W21-802231

17506

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	1600	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LOUDGHIRI Abdellah
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661310004	Total des frais engagés :	802,59 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	22/08/2023
Nom et prénom du malade :	LOUDGHIRI Abdellah
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	T. Prostate
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 : RAM Le : 22/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
20/08/11	(S)		= 3.000.-	INP : 1111111111 Dr. : Oncologie Centre d'Oncologie Tél.: 05 31 51 11 11 INPE : 1111111111

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/02/23	B410	502,50
INP : 103063061			

AUXILIAIRES MEDICAUX

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	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">H</td><td></td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td><td></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;">B</td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G	25533412	21433552		00000000	00000000		<hr/>			00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H		G																							
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
<hr/>																									
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
				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

CENTRE DE BIOLOGIE RIAD ENNAKHIL

FACTURE N° : 8907/23

Dossier réalisé le : 22/08/23 08:36

A l'attention de : Mr LOUDGHIRI ABDELLAH

Identifiant du patient : 19493

Analyses :

Numération formule sanguine + plaquettes	B 80	107,20 Dhs
Réticulocytes	B 30	40,20 Dhs
Antigène spécifique prostate total	B 300	402,00 Dhs
TOTAL B : 410		

Prélèvement :

Sang	Pc 1,5	25,00 Dhs
------	--------	-----------

Total dossier : 574,40 Dhs

Remise : 12,50%

Montant avec remise : 502,59 Dhs

Mode de règlement : Espèce

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq Cent Deux Dirhams Soixante Centimes

Centre de Biologie
Riad Ennakhil
Secteur 11, Bloc Q, lot N° 5, Angle Avenue Attanoub et Avenue Ennakhil
Hay Riad, Casablanca, Maroc
Fax : 0537 71 70 07 - Tel : 0537 71 53 54 / 0537 71 40 71



Identifiant du patient : 19493

Date de naissance : 21/03/1948

Sexe : M

Du : 22/08/2023 à 08:36

Édité le : 22/08/2023 à 10:59

Mr LOUDGHIRI ABDELLAH

Dossier N° : 23NH0805

Docteur IRAQI MERIEM



HEMATOLOGIE

NUMÉRATION FORMULE SANGUINE

(XT - 1000 / SYSMEX)

HEMATIES	:	3 930 000	/mm ³	4080000 - 5600000
HEMOGLOBINE	:	11.1	g/dl	12.9 - 16.7
HEMATOCRITE	:	35.2	%	38 - 49
V.G.M	:	89.6	μ ³	83 - 97
C.C.M.H	:	31.5	%	32.3 - 36.1
T.C.M.H	:	28.2	pg	27.8 - 33.9
LEUCOCYTES	:	4 310	/mm ³	3800 - 10000
Formule leucocytaire				
P. Neutrophiles	:	64	%	2 758 /mm ³ 1600 - 5900
P. Eosinophiles	:	3	%	129 /mm ³ 30 - 500
P. Basophiles	:	0	%	0 /mm ³ 0 - 90
Lymphocytes	:	23	%	991 /mm ³ 1070 - 4100
Monocytes	:	10	%	431 /mm ³ 230 - 710
PLAQUETTES	:	158 000	/mm ³	140000 - 385000
RETICULOCYTES	:	62 880	/mm ³	25000 - 100000

MARQUEURS TUMORAUX

PROSTATE AG SPEC TOTAL (PSA) : < 0.04 ng/ml < 4

(Dosage CMIA/ARCHITECT Abbott)

Valeurs de références selon l'âge:

40 à 49 ans < 2.5 ng/mL
50 à 59 ans < 3.5
60 à 69 ans < 4.5
> 70 ans < 6.5

Centre de Biologie

Riad Ennakhil

Dr. Hanane OUAHMANE

Pharmacienne Biologiste



Rabat, le : 22/08/2023

Mr. Louqhriri Abdellah

NFS + tax reliefs y.
PSA

Dr. Meriem IRAQI
Oncologin - Radiotherapie
Centre d'Uro-oncologie
Zel 05-37 51 21 30
INPE: 141163832



ملاقى شارع النخيل والطريق الدائرى 5، حى الرياض - الرياط

Angle Avenue Nakhil et Rocade S, Hay Riad - Rabat

Tél: +212 537 542 000 - Fax: +212 5 37 56 46 47 - Email: contact@pira.ma

Site web: www.pira.ma