

## 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



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° W21-802231

175066

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1600 Société : R AM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : LOUDGHIRI Abdelhak  
 Date de naissance : 21-3-1948  
 Adresse : LOT CHANTIMAR - IMPASSE Rue 1 - N° 24  
 CASABLANCA  
 Tél. : 06.61310004 Total des frais engagés : 802,59 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22/09/2023  
 Nom et prénom du malade : LOUDGHIRI Abdelhak Age : 1948  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : CASABLANCA Le : 22/09/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22/07/23	B410	502,59
INP : 103063061			

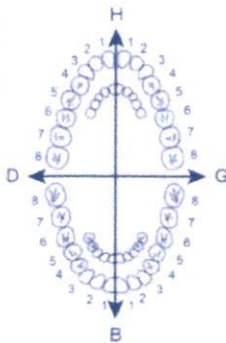
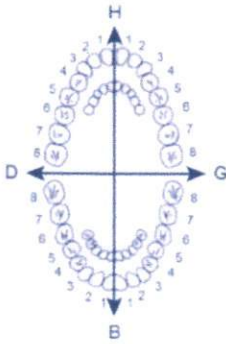
[illegible]

# 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"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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 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
<b>TOTAL B : 410</b>		

## **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 Ennakhil et Avenue Attanoub,  
Hay Riad, Rabat - Fax : 05 37 71 70 07  
Tel : 05 37 71 40 71 / 05 37 71 53 54



Identifiant du patient : 19493  
Date de naissance : 21/03/1948  
Sexe : M  
Du : 22/08/2023 à 08:36  
Edité 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 <sup>3</sup>	4080000 - 5600000
HEMOGLOBINE	:	11.1	g/dl	12.9 - 16.7
HEMATOCRITE	:	35.2	%	38 - 49
V.G.M	:	89.6	μ <sup>3</sup>	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 <sup>3</sup>	3800 - 10000
Formule leucocytaire				
P. Neutrophiles	:	64	%	2 758 /mm <sup>3</sup> 1600 - 5900
P. Eosinophiles	:	3	%	129 /mm <sup>3</sup> 30 - 500
P. Basophiles	:	0	%	0 /mm <sup>3</sup> 0 - 90
Lymphocytes	:	23	%	991 /mm <sup>3</sup> 1070 - 4100
Monocytes	:	10	%	431 /mm <sup>3</sup> 230 - 710
PLAQUETTES	:	158 000	/mm <sup>3</sup>	140000 - 385000
RETICULOCYTES	:	62 880	/mm <sup>3</sup>	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 : 22/08/2007

M<sup>r</sup>. Loudghiri Abdellah

NFS + taux hématologie .  
PSA

Centre de Biologie  
Riad Ennakhlil  
Secteur 1, Bloc G, 106, Avenue  
Annakhil et Avenue  
Sidi El Ghazal - Rabat  
Tél : 05 37 56 46 47 - Fax : 05 37 56 46 47  
INPE : 141163832

Dr. Meriem IRAQI  
Oncologie - Pathologie  
Centre d'Urologie et de  
Tél : 05 37 56 46 47  
INPE : 141163832



ملتقى شارع النخيل والطريق الدائري S، حي الرياض - الرباط

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