

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-661562

18/11/59



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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

4513

Société :

Royal air maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

RAGADI EL MOSTAFA

Date de naissance :

15-08-1962

Adresse :

6 RUE 15 LOT AL YANARA  
CALIFORNIA AIN CHOCK

Tél. :

06 61 82 34 49 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. JAMELEDDINE Fathia Zahra  
Médecin Chef  
Centre de Santé Lahmadate  
Medcina

Cachet du médecin :

Date de consultation :

CASA - 11-08-2023

Nom et prénom du malade :

RAGADI EL MOSTAFA

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

GRIPPE

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 :

CASA

Le : AA/108/1/2023

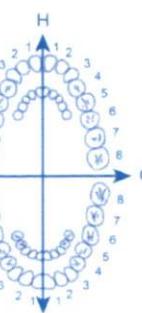
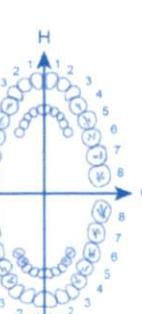
Signature de l'adhérent(e) :

| 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                                       |
| 11-08-23                       | CA                | Gratuit               |                                 | INP : 0710051089<br>Dr. JAMEALEDINE LAHMAI<br>Médecin Chef<br>Centre de Santé Lahma<br>"La Clinique" |

| EXECUTION DES ORDONNANCES                                      |                   |                       |
|--|-------------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien<br>ou du Fournisseur                      | Date              | Montant de la Facture |
| <b>PHARMACIE TISSIR<br/>Dr MAHA RAGAD</b>                      | <b>11.08.2023</b> | <b>140,30</b>         |
| Av. Bir Anzarane Hamm Jeanneret n° 70<br>EL JADIDA 22 35 05 70 |                   |                       |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES   |            |                              |                        |
|--|------------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue  | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| <p style="text-align: center;"><b>DR. MOUSSAID EL MOSTAFAI</b><br/>DOSSAID EL MOSTAFAI<br/>Radiologue<br/>Reda Guedira (ex Bd. N° 100)<br/>Cité Blanche 90800 Béjaïa</p> | 18/08/2023 | B 1370                       | 1 860,80 DH            |

| Cachet et signature<br>du Particulier | Date des<br>Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|---------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
|                                       |                   | AM     | PC | IM | IV |                                    |
|                                       |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                       |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                       |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                       |                   |        |    |    |    |                                    |
|                                       |                   |        |    |    |    |                                    |

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES  |          |  |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|---|----------|--|------------------|--|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|--|--|
| Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                                  |          |  |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>Important :</b><br>Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. |          |  |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>SOINS DENTAIRES</b><br>                         |          | 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"/>         |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| <b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b><br>              |          | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction]<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |  | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G |  |  |
| H   | 25533412 | 21433552   |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| D   | 00000000 | 00000000   |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| B   | 35533411 | 11433553   |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
| G   |          |  |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |
|   |          | 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"/>   |                  |  |   |          |          |   |          |          |   |          |          |   |  |  |

# ORDONNANCE

casablanca, Le : 11-08-2023

M<sup>r</sup> RAGADI EL NOSTAFA

126,80

1) Augmentin 1g sachet

1 s 2x1g

DR 8J

PPU: 126,30 DH  
LOT: 651844  
PER: 03/25

AUGMENTIN 1 g/125 mg  
12 sachets

6 118000 160175

Doliprane<sup>®</sup> 1000 mg  
Paracétamol  
10 Comprimés sécables

6 118000 040972

PPV: 14DH00  
PER: 06/26  
LOT: M2291

Dr. JAMALEDDINE Fati  
Médecin Chef  
Centre de Santé Lahmadate  
Medioune

PHARMACIE TISSIR  
Dr MAHA RAGADI  
AV. Bir Anzarane 1min. Jouner n°70  
EL JADIDA - Tél 05/23 35 05 70

14,00  
T = 140,80

**LABORATOIRE ARREDA D'ANALYSES MEDICALES**  
**Dr EL MOUSSAID EL MOSTAFA** Spécialiste en Biologie Médicale  
**174 BD,Reda Guedira (ex BD.NIL),1ere étage - BEN MSIK - CASA**  
**TEL/FAX: 05 22 56 42 16**  
**Email : arredalabo@gmail.com**

### **Assuré**

## **Matricule**

## Bénéficiaire

## RAGADI EL MOSTAFA

## Prise en charge N°

Prescripteur:

**FACTURE N° 4185**

Facturé le : 18/08/2023

| <b>Code</b>             | <b>Analyses :</b>        |             | <b>Coefficient</b> | <b>Prix en Dhs</b> |
|-------------------------|--------------------------|-------------|--------------------|--------------------|
| 216                     | NFS                      | B 60        | 1,34               | 80,40              |
|                         | VITESSE DE SÉDIMENTATION | B 30        | 1,34               | 40,20              |
|                         | GLYCÉMIE À JEUN          | B 30        | 1,34               | 40,20              |
| 119                     | HÉMOGLOBINE GLYCOSYLIÉE  | B 100       | 1,34               | 134,00             |
|                         | URÉE                     | B 30        | 1,34               | 40,20              |
|                         | CRÉATININE               | B 30        | 1,34               | 40,20              |
|                         | CHOLESTEROL TOLAL        | B 30        | 1,34               | 40,20              |
|                         | CHOLESTÉROL HDL          | B 50        | 1,34               | 67,00              |
|                         | TRIGLYCÉRIDES            | B 60        | 1,34               | 80,40              |
|                         |                          | B 50        | 1,34               | 67,00              |
| 154                     | FERRITINE                | B 250       | 1,34               | 335,00             |
| 361                     |                          | B 300       | 1,34               | 402,00             |
| 439                     | VITAMINE D               | B 350       | 1,34               | 469,00             |
| <b>Total analyses :</b> |                          | 1 835,80 Dh |                    |                    |

### **Prélèvements :**

Sang

### Total Prélèvements :

25.00 Dh

### Total <<B>>

1 370

**Soit un montant total :**

1 860,80 Dh

**Arrêtée la présente facture à la somme de :**

MILLE HUIT CENT SOIXANTE DIRHAMS ET 80 CENTIMES

**LABORATOIRE ARREDA D'ANALYSES MEDICALES**  
Dr. EL MOUSSAID EL Mostafa  
**Biologiste**  
174, Bd. Reda Guedira (ex Bd. Nil), 1er étage  
Ben Misk Casablanca - Tél/Fax: 05 22 56 42 16

IF : 50804185  
INPE : 093062552  
ICE : 000489600000057

# BILAN BIOLOGIQUE

casablanca Le : 11.08.2023

Nom / Prénom : RAGADI EL POSTAFA

Age : 1962

Sexe : H  F

- NFS
  - Groupage sanguin
  - Glycémie à jeun
  - Glycémie post prandiale
  - HbA1c
  - Albuminurie
  - Microalbuminurie
  - GOT/GPT
  - Cholestérol Total
  - HDL-Cholestérol
  - LDL-Cholestérol
  - Triglycérides
- Acide urique sanguin
  - T3 -T4
  - TSH
  - VS
  - Ionogramme sanguin
  - Urée sanguine
  - Créatinémie
  - Sérologie
    - Toxoplasmose
    - Syphilis
    - Rubéole
  - PSA
  - Autres :
    - Feuille
    - vitamine D

Dr. JAMALEDDINE fatima Zahra  
Médecin Chir  
Centre de Santé Lahmada  
Medouna



**مختبر الرضى للتحاليلات الطبية  
LABORATOIRE ARREDA  
D'ANALYSES MEDICALES**

Date du prélèvement : 18/08/2023 à 11:01

Code patient : 12102196

Passeport N :

Né(e) le : 15/08/1962



**Dr. EL MOUSSAID EL Mostafa**

Ex. Biologiste à l'Hôpital CHU Casablanca  
( Parasitologie - Immunologie - Hematologie  
Bactériologie - Virologie - Mycologie - Biochimie )

**MONSIEUR RAGADI EL MOSTAFA**

Dossier N° : 2308183597

Prescripteur :

Page : 3

**— Compte Rendu d'Analyse —**

**CHOLESTÉROL LDL** : 1,15 g/l

*Interprétation*

Valeurs souhaitables du LDL-Cholesterol(en g/l)en fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire\*

Selon l'AFSSAPS:

- LDL < 2.2 : Absence de facteurs de risque
- LDL < 1.9 :Présence d'un facteur de risque
- LDL < 1.6 :Présence de 2 facteurs de risque
- LDL < 1.3 :Présence de 3 facteurs de risque
- LDL < 1.0 : Présence d'antécédent de maladie cardiovasculaire.

Selon l'AFSSAPS,les facteurs de risque sont :l'âge,antécédents familiaux de maladie coronaire précoce,  
Tabagisme,HTA,Diabète de type 2 et HDL < 0.40 g/l

**FERRITINE** : 48,50 ng/ml (15 à 150)

Valeurs usuelles en ng/ml

| Age                |   |           |
|--------------------|---|-----------|
| Nouveau-nés        | : | 150 - 450 |
| 2 -3 mois          | : | 80 - 500  |
| 4 mois - 16 ans    | : | 20 - 200  |
| Femme < 50 ans     | : | 15 - 150  |
| Femme en ménopause | : | 30 - 400  |
| Homme              | : | 30 - 400  |

**MARQUEURS TUMORAUX**

: 2,11 ng/ml

**PSA TOTALE**

(Tech.ECLIA.ELECSYS.2010.Roche.)

Valeurs usuelles en ng/ml

| Age     |     |   |       |
|---------|-----|---|-------|
| < 40    | ans | : | < 1.4 |
| 40 - 50 | ans | : | < 2.0 |
| 50 - 60 | ans | : | < 3.1 |
| 60 - 70 | ans | : | < 4.1 |
| > 70    | ans | : | < 4.4 |

**VITAMINES**

: 22,70 \* ng/ml (30 à 126)

174, Bd. Reda Guedira (ex Bd. Nil), 1er étage  
Ben Msik - Casablanca - Tél/Fax: 05 22 56 42 16

Dr. EL MOUSSAID EL Mostafa  
Biologiste

LABORATOIRE ARREDA D'ANALYSES MEDICALES



**مختبر الرضى للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE ARREDA  
D'ANALYSES MEDICALES**

Date du prélèvement : 18/08/2023 à 11:01

Code patient : 12102196

Passeport N :

Né(e) le : 15/08/1962



**Dr. EL MOUSSAID EL Mostafa**

Ex. Biologiste à l'Hôpital CHU Casablanca  
( Parasitologie - Immunologie - Hematologie  
Bactériologie - Virologie - Mycologie - Biochimie )

**MONSIEUR RAGADI EL MOSTAFA**

Dossier N° : 2308183597

Prescripteur :

Page : 1

— Compte Rendu d'Analyse —

**HEMATOLOGIE**

**NUMERATION FORMULE**

|                 |   |        |         |                                |
|-----------------|---|--------|---------|--------------------------------|
| GLOBULES ROUGES | : | 4,77   | M/mm3   | (4.5 à 6.5)                    |
| HÉMOGLOBINE     | : | 13,8   | g/100ml | (12 à 16)                      |
| HÉMATOCRITE     | : | 38,8 * | %       | (40 à 52)                      |
| V.G. M          | : | 81,0 * | µm3     | (85 à 100)                     |
| T.C.M.H         | : | 29,0 * | pg      | (27 à 33)                      |
| C.C.M.H.        | : | 36,0 * | %       | (31 à 36)                      |
| GLOBULES BLANCS | : | 4900 * | /mm3    | (5000 à 9500)                  |
| P.NEUTROPHILES  | : | 53     | %       | <u>2597</u> /mm3 (2500 - 7125) |
| P.EOSINOPHILES  | : | 2      | %       | <u>98</u> /mm3 (50 - 285)      |
| P.BASOPHILES    | : | 0      | %       | <u>0</u> /mm3 (0 - 95)         |
| MONOCYTES       | : | 7      | %       | <u>343</u> /mm3 (150 - 665)    |
| LYMPHOCYTES     | : | 38     | %       | <u>1862</u> /mm3 (1000 - 3800) |
| Total % = 100   |   |        |         |                                |
| PLAQUETTES      | : | 176000 | /mm3    | (150000 à 400000)              |

**VITESSE DE SEDIMENTATION**

|               |   |    |    |          |
|---------------|---|----|----|----------|
| VS1 ÈRE HEURE | : | 5  | mm | (4 à 8)  |
| VS 2ÈME HEURE | : | 12 | mm | (8 à 20) |

LABORATOIRE ARREDA D'ANALYSES MEDICALES  
Dr. EL MOUSSAID EL Mostafa  
174, Bd. Reda Guedira (ex Bd. Nil) , 1er étage  
BEN MSIK - Casablanca - Tél/Fax: 05 22 56 42 16



**مختبر الرضى للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE ARREDA  
D'ANALYSES MEDICALES**

Date du prélèvement : 18/08/2023 à 11:01

Code patient : 12102196

Passeport N :

Né(e) le : 15/08/1962



**Dr. EL MOUSSAID EL Mostafa**

Ex. Biologiste à l'Hôpital CHU Casablanca  
( Parasitologie - Immunologie - Hematologie  
Bactériologie - Virologie - Mycologie - Biochimie )

**MONSIEUR RAGADI EL MOSTAFA**

Dossier N° : 2308183597

Prescripteur :

Page : 2

— Compte Rendu d'Analyse —

**BIOCHIMIE DU SANG**

**GLYCÉMIE À JEUN** : 0,76 g/l (0.70 à 1.10)

Héxokinase

Soit 0,00 mmol/l (3.89 à 6.11)

**HÉMOGLOBINE GLYCOSYLIÉE** : 6,00 % (4.0 à 6.0)

Technique par capture d'ions par réactif polyanionique

méthode quantitative, standardisée et agréée par NGSP/DCCT recommandation de l'IFCC  
méthode certifiée par le Laboratoire Européen de référence (ERL) en hemoglobine glyquée

Les valeurs usuelles sont de 4.5 à 6.3 % lorsque les glycémies sont normales.

Les études modernes ont montré que le diabète est

bien équilibré lorsque le taux est inférieur à 6,5 %

- moyennement lorsqu'il est entre 6,5 et 7,5 %

- mal équilibré au-delà de 8 %

À l'évidence les exigences doivent tenir compte de l'âge, de l'ancienneté du diabète et des autres problèmes.

**URÉE** : 0,28 g/l (0.15 à 0.50)

Enzymatique

**CRÉATININE** : 11,8 mg/l (6 à 13)

Colorimétrique

**CHOLESTÉROL TOTAL** : 1,87 g/l (1.50 à 2.00)

Enzymatique

2.00 à 2.50 g/l : hypercholestérolémie modérée

2.50 à 3.00 g/l : hypercholestérolémie moyenne

> 3.00 g/l : hypercholestérolémie sévère

**CHOLESTÉROL HDL** : 0,52 g/l (0.30 à 0.75)

Enzymatique

Un HDLc élevé (> 0.60 g/l) diminue le risque

Un HDLc bas est un facteur de risque si < 0.35 g/l chez l'homme et 0.42 g/l chez la femme

**TRIGLYCÉRIDES** : 1,26 g/l (0.4 à 1.50)

Enzymatique

2.00 à 5.00 g/l : hypertriglycéridémie moyenne

> 5.00 g/l : hypertriglycéridémie sévère

