

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0026514

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9549 Société : RAM.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : 47505
Nom & Prénom :
Date de naissance : 08-03-1969
Adresse :
Tél. : 0661594929 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/1/2023
Nom et prénom du malade : EL SIGAH Khalid
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Siopie prostatique
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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
21/11/2023			gent	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE DE RADIOLOGIE DR. CENTON 52, Boul. Jean Zerkoun Tél: 05 22 22 47 41 (R4 Fax: 05 22 22 47 42)	23/11/23	P686	800,-

AUXILIAIRES MEDICAUX

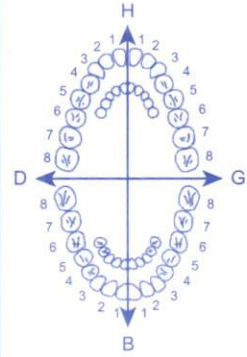
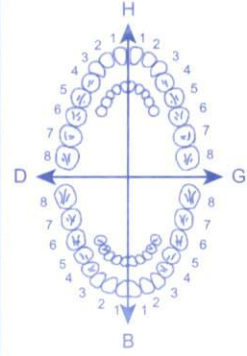
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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														
				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>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	[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

RIA

P



Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraoui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr. **ZENRAG**

Nom et Prénom du Patient

M. EL MSYAH KHALID

Age

Né le : 08/03/1969

Date du prélèvement

21/01/2023

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

PSA = 9 - AA des u. c. b. p. p. l. o. g. u. e

Siège du prélèvement

Prostate - Biopsie

Nature de l'acte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure :

Oui ☐

Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVF

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche :

Vagin ☐

Exocol ☐

Endocol ☐

- Frottis conventionnel :

BE ☐

Endomètre ☐

Signature et Cachet

Docteur Jafar ZEMRAG
Chirurgien Urologue

Ancien Interne des Hôpitaux de Nancy
Ancien Assistant - Chef de Clinique
Membre de l'Association Française d'Urologie
Maladie, Endoscopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Génito Urinaires
Lithotripte Extracorporelle - Greffes Rénales
Echographie - Circoncision - Andrologie
Montages Vasculaires pour Hémodialyse

الدكتور جعفر زمراك
جراحة المسالك البولية و التناسلية

خريج كلية نسي (فرنسا)
رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية
والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بننسي
عضو الجمعية الفرنسية لجراحة المسالك البولية
أمراض جراحة و الفحص الداخلي للمسالك البولية و التناسلية
عقم عند الرجال . زرع الكلية . طهارة الأطفال

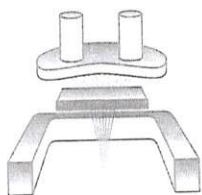
Casablanca, le

19/1/2023

ELORSIYAH KHALID

Hopitalisat. Jue
Ligier presthr

Docteur Jafar ZEMRAG
CHIRURGIEN UROLOGUE
32, Rue Taha Houcine (ex. Gallilée)
Gr Gauthier - Casablanca
Tél : 05 22 26 70 98 / 05 22 26 72 24



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 24/01/23

Nom & Prénom : Mr EL MSYAH KHALID
Sur ordonnance du : Dr ZEMRAG J.
Ref. : 23H01888

Prélevé le 21/01/23 et parvenu au laboratoire le : 23/01/23

Organe ou siège du prélèvement : Prostate

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 54 ans

PSA : 9,55 ng/ml. Lésion ciblée périphérique gauche

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Lobe droit :

N°	D	mm/F	ADK	Gleason	ADK (mm)	Filets nerveux	Tissu péri prostatique	morphologie
1	D1	8+5+3+2 mm	-	-	-	-	Sain	Dystrophique

Lobe gauche :

N°	G	mm/F	ADK	Gleason	ADK (mm)	Filets nerveux	Tissu péri prostatique	morphologie
2	G2	11+7+2+2 mm	-	-	-	-	Sain	Dystrophique

Ciblée :

N°	C	mm/F	ADK	Gleason	ADK (mm)	Filets nerveux	Tissu péri prostatique	morphologie
3	C1	11+7+7+7 mm	-	-	-	-	Sain	Dystrophique
4	C2	3+3+2+2 mm	-	-	-	-	Sain	Dystrophique

Conclusion : Biopsies prostatiques multiples : Aspect histopathologique d'une dystrophie prostatique avec discrète prostatite chronique non spécifique.
Absence de signe de PIN.
Absence d'indice de malignité.

Dr Nouhad BENKIRANE



الدكتور (الفاوري) محمد
أخصائي في التحليلات الطبية

مختبر التحليلات الطبية بانوراميك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique
Diagnostic Biologique et Parasitaire
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris 7
Ex. Attaché des Hopitaux de France

Date du prélèvement : 18-01-2023 à 14:50
Code patient : 2022122050
Né(e) le : 08-03-1969 (53 ans)

M. EL MSIYAH Khalid
Dossier N° : 2023011617
Dr ZEMRAG JAAFAR



Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	-------------

HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE COMPLETE (Sysmex - XN-530)

Hématies	4.96	M/mm ³	(4.28-6.00)
Hémoglobine	14.9	g/dL	(13.0-18.0)
Hématocrite	43.7	%	(37.0-52.0)

CONSTANTES ERYTHROCYTAIRES

VGM	88.1	fL	(78.0-98.0)
TCMH	30.0	pg	(26.0-34.0)
CCMH	34.1	%	(31.0-36.5)

GLOBULES BLANCS

7 150	/mm ³	(4 000-11 000)
-------	------------------	----------------

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Neutrophiles	69.8 %	soit	4 991 /mm ³	(1 400-7 700)
Eosinophiles	0.7 %	soit	50 /mm ³	(20-680)
Basophiles	0.7 %	soit	50 /mm ³	(0-110)
Lymphocytes	23.6 %	soit	1 687 /mm ³	(1 000-4 800)
Monocytes	5.2 %	soit	372 /mm ³	(180-1 000)
Plaquettes			258 000 /mm ³	(150 000-400 000)

GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

Groupe sanguin ABO	O
Rhésus (D)	Positif

HEMOSTASE

Taux de prothrombine	90 %	(70-100)
----------------------	------	----------

Temps de céphaline activé

Temps Témoin	31.00
--------------	-------

197, Bd Panoramique, Angle Bd 2 Mars Ain chock - Casablanca. Tél : 05 22 52 29 61 / Fax : 05 22 52 26 59

Patente : 34033937 - I.F : 51360060 - C.N.S.S : 6070445 - ICE : 001714638000061 - INPE : 093002053

G-mail : labo_panoramique@yahoo.fr



الدكتور (الفاوري) محمد
أخصائي في التحليلات الطبية

مختبر التحليلات الطبية بانوراميك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste

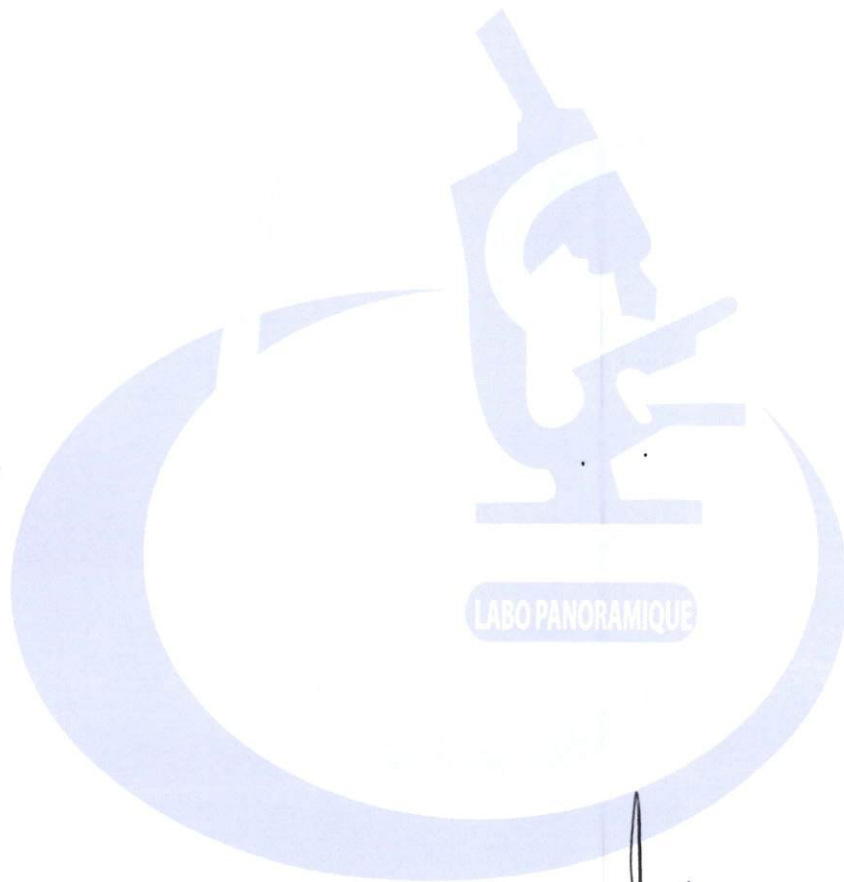
Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique
Diagnostic Biologique et Parasitaire
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris V
Ex. Attaché des Hopitaux de France

2023011617 – M. Khalid EL MSYAH 18-01-2023 à 14:50

Temps Patient
Rapport

30.00 s
0.88

(<1.20)



Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste



الرئيس (الدكتور) محمد
أخصائي في التحليلات الطبية

مختبر التحليلات الطبية بانوراميك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PANORAMIQUE

Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste

Diplômé de L'Université de REIMS des Spécialités Biochimie Clinique
Immunologie Générale Bactériologie et Virologie Clinique
Diagnostic Biologique et Parasitaire
D.U Assurance Qualité en Biologie Médicale de L'Université de Paris 7
Ex. Attaché des Hopitaux de France

2023011617 – M. Khalid EL MSIYAH 18-01-2023 à 14:50

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Examen macroscopique

Aspect :

Légèrement trouble

Examen cytologique

Hématies :

5 000 ml (<1 000)

Leucocytes :

7 000 ml (<10 000)

Cellules épithéliales :

Rares

Cristaux :

Absence

Cylindres :

Absence

Levures :

Absence

Parasites :

Absence

Examen biochimique:

pH:

6.0 (5.0-7.0)

Albumine:

Négative

Sucre:

Négative

Corps cétoniques:

Négative

Sang:

Trace

Nitrites:

Négative

Examen bactériologique

Numération des germes :

< 10³ UFC/ml

Examen direct – Coloration Gram :

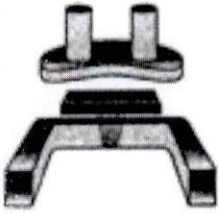
R.A.S

Cultures :

Stérile après 24 heures d'incubation

Validé par Dr. KADIRI Mohamed

Dr. KADIRI Mohamed
Biologiste



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 25/01/2023

FACTURE N° : 23/01820

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

800,00 Dhs

HUIT CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **23/01/2023**

Pour **EL MSİYAH KHALID**

Sur ordonnance du : **Dr ZEMRAG J.**


LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DU CENTRE
52, Bd. Zerkouni
Tél: 0522 22 51 31 / 34 Fax: 0522 22 56 00