

## 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

- 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.

**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° W21-806227

*Courrier*

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3462 Société : Royal Air Maroc  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : SOUSSE LAHOUCINE  
 Date de naissance : 30/6/1946  
 Adresse : Rue Moulay Abdelhadj N°7 Hay ELHASSANI  
Laayoune  
 Tél. : 06 67 19 73 83 Total des frais engagés : 520 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Dr Abdallah HMITI**  
Spécialiste en Chirurgie Générale  
202, Bloc D Technopole 1 - AGADIR  
Tél: 05 28 82 03 03  
INPE: 041142183

Date de consultation : 12/07/2023  
 Nom et prénom du malade : SOUSSE ELHOUCINE Age : 1946  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Cholécystite  
 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 : Laayoune Le : 22 / 8 / 23

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-806227

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 3462  
 Nom de l'adhérent(e) : SOUSSE LAHOUCINE  
 Total des frais engagés : 520 DH  
 Date de dépôt : \_\_\_\_\_

Autorisation CNDF N° : A-A-215/2019



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
2/10/23	C1			INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Dr Abdallah HMITT Spécialiste en Chirurgie Générale 202, Bloc 1 - Agadir Tel: 05 28 82 03 03 INPE: 041142183

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 d'analyses Dr. 3 et Tél: 05 28 82 03 03	24/10/23	B. 39.0	520 dh

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date 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.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]														
				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"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">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 colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														

# Dr. Abdallah HMITTI

Spécialiste en Chirurgie Générale

- Coeliouchirurgie
- Chirurgie viscérale  
- Abdomen et pelvis -
- Chirurgie de la thyroïde
- Proctologie



د. عبد الله حميتي

إختصاصي في الجراحة العامة

- الجراحة بالمنظار
- الجراحة الباطنية
- أعضاء البطن والحوض -
- جراحة الغدة الدرقية
- جراحة المخرج والبواسير

## BILAN

Nom et Prénom : SOUSSI LAHOUCINE

Agadir le : 24/07/2023

Renseignements Cliniques :

Bilan Demandé :

- 1 - NFS
- 2 - UREE
- 3 - GLYCEMIE
- 4 - TP TCK
- 5 - PHOSPHATASES ALCALINES
- 6 - GAMMA GT
- 7 - LIPASEMIE

**FOUNTY LAB**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
مختبر فونتي للتحاليل الطبية  
Br. 3 et 4, 1er étage Imm. Blissam Haut Founty - AGADIR  
Tél: 05 28 39 02 32 / 06 66 69 10 10

**FOUNTY LAB**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
مختبر فونتي للتحاليل الطبية  
Br. 3 et 4, 1er étage Imm. Blissam Haut Founty - AGADIR  
Tél: 05 28 39 02 32 / 06 66 69 10 10

Signature Dr Abdallah HMITTI

Spécialiste en Chirurgie Générale  
202, Bloc D Technopole 1 - AGADIR  
Tél: 05 28 82 03 03  
INPE: 041142183

☎ 05 28 82 03 03 ✉ drhmitti@icloud.com 🌐 www.drhmitti.com

202 عمارة D تيكنوبول 1 فونتي اكادير ( اكادير باي )

202 bloc D Technopole 1 Founty Agadir (Agadir Bay)





# LABORATOIRE FOUNTYLAB

Bureaux 3 et 4, 1<sup>er</sup> étage, Immeuble Ibtissam, Haut Founty, Agadir

ICE : 002847693000018 IF : 50299588 Patente : 55002530

INPE : 043064633



**FACTURE N° : 230700246**

Agadir le 24-07-2023

**Mr. SOUSSI Lahoucine**

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25
KALISIL	Frais KALISIL	E5
FPD	Frais de prélèvement à domicile	E25
0135	Urée	B30
0236	Taux de prothrombine	B40
0239	Temps de céphaline: TCK	B40
0143	Phosphatases alcalines	B50
0216	Numération formule	B80
0148	Lipase	B100
0141	Gamma glutamyl transférase ( GGT)	B50

Total des B : 390

TOTAL DOSSIER : 520.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent vingt dirhams .

 **FOUNTY LAB**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
مختبر فونتي للتحاليل الطبية  
Br. 3 et 4, 1<sup>er</sup> étage Imm. Ibtissam Haut Founty - AGADIR  
Tél: 05 28 39 02 32 / 06 66 69 10 10

**Date du prélèvement :** 24-07-2023 à 11:21

**Code patient :** A230740172

**Né(e) le :** 30-06-1946 (77 ans)



**Mr. SOUSSI Lahoucine**

Dossier N° : **230724013**

Prescripteur : Dr HMITTI Abdallah

## HEMATOCYTOLOGIE

### HEMOGRAMME

(Fluorescence en Cytométrie de Flux sur SYSMEX XS-1000)

#### LIGNEE ERYTHROCYTAIRE

Hématies :	4.62	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	(4.08-5.60)
Hémoglobine :	14.2	g/dL	(12.9-16.7)
Hématocrite :	40.3	%	(38.0-49.0)
VGM :	87.2	fL	(83.0-97.0)
TCMH :	30.7	pg	(27.8-33.9)
CCMH :	35.2	g/dL	(32.3-36.1)
RDW :	13.0	%	(11.0-16.0)

#### LIGNEE LEUCOCYTAIRE

Leucocytes :	7 870	/mm <sup>3</sup>	(3 800-10 000)
Poly. Neutrophiles :	52.6	%	
Soit:	4 140.0	/mm <sup>3</sup>	(1 600.0-5 900.0)
Poly. Eosinophiles :	3.2	%	
Soit:	250.00	/mm <sup>3</sup>	(<500.00)
Poly. Basophiles :	0.5	%	
Soit:	40.00	/mm <sup>3</sup>	(<200.00)
Lymphocytes :	37.9	%	
Soit:	2 980.0	/mm <sup>3</sup>	(1 070.0-4 100.0)
Monocytes :	5.8	%	
Soit:	460.0	/mm <sup>3</sup>	(180.0-1 000.0)
<b>Plaquettes:</b>	163 000.0	/mm <sup>3</sup>	(150 000.0-400 000.0)



230724013 – Mr. Lahoucine SOUSSI

## HEMOSTASE

### TAUX DE PROTHROMBINE

Temps de Quick témoin	13.6	Sec.	
Temps de Quick patient	14.6	Sec.	
Taux de Prothrombine	87.0	%	(70.0–100.0)
(Valeur de référence sans AVK : 70 – 100 %)			
I.N.R	1.09		
(International Normalized Ratio)			

### TEMPS DE CEPHALINE ACTIVEE

– TCA Temps Témoin	30.0	Sec.	
– TCA Temps Patient	32.4	Sec.	(25.0–36.0)
– Ratio Patient / Témoin	1.08		

Intervalles de référence ratio Temps Patient/Temps Témoin:

\* Bilan préopératoire: ratio < 1.20 ( < 1.30 chez l'enfant)

NB : Chez l'enfant, une infection virale pouvant allonger un TCA, il est important de corrélér les résultats avec l'examen clinique.

\* Ratio < 0.80 : à contrôler sur un autre prélèvement et en cas de résultat équivalent, il est conseillé de rechercher une thrombophilie (Déficit en ATIII, Déficit en protéine C, Déficit en protéine S, résistance à la protéine C activée ... )

## BIOCHIMIE SANGUINE

(Changement des valeurs de référence depuis 05/04/2022)

<b>UREE</b>	<b>0.80</b>	<b>g/L</b>	<b>(0.17–0.49)</b>
(Méthode Uréase–Glutamate–déshydrogénase)	<b>13.32</b>	<b>mmol/L</b>	<b>(2.83–8.16)</b>
<b>GAMMA–GLUTAMYL TRANSFERASE (G.G.T)</b>	<b>26</b>	<b>U/L</b>	<b>(&lt;49)</b>
(Méthode IFCC)			
<b>PHOSPHATASE ALCALINE</b>	<b>95</b>	<b>U/L</b>	<b>(30–120)</b>
(Méthode IFCC)			
<b>LIPASE</b>	<b>41</b>	<b>U/L</b>	<b>(13–60)</b>
(Méthode enzymatique colorimétrique)			

230724013 – Mr. Lahoucine SOUSSI

Validé par : **Dr. ZAHIR Hanane** **FOUNTY LAB**  
**Laboratoire d'Analyses Médicales**  
**مختبر فونتي للتحليلات الطبية**  
Bx 3 et 4, 1er étage Immeuble Ibtissam Haut Founty - AGADIR  
Tél: 05 28 39 02 32 / 06 66 69 10 10