

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

- Reclamation : 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° W21-795601

par *coum*

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5035 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BADRI FAICHA
 Date de naissance : 03/03/1962
 Adresse : Rabat
 Tél. : 0661326333 Total des frais engagés : 2582,40 Dhs

76104

Cadre réservé au Médecin

Dr. HAJJI SAID

Médecine Générale

Echographie Générale

S, Rue Rhamna Cité Administrative

Tél : 05 37 63 97 78

INP : 101071038

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/2/23
 Nom et prénom du malade : Abdelhak Age : 61
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Goutte
 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 : Rabat Le : 18/02/23
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-795601

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 :
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

Autorisation CNDP 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
13/07/23	C	A	132.10	INP : 101071058

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/07/23	132.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Chellaoui Mounir	13/07/23	1600.00	1600.00

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 :

Veillez 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 : 101071058																					
				CCEFFICIENT 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			CCEFFICIENT 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> <tr> <td>H</td><td></td><td>H</td></tr> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td>B</td></tr> </table>				H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		B
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B		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. Saïd HAJJI
Médecine Générale

Diplômé de la Faculté
de Médecine de SFAX (Tunisie)
Echographie Générale



الدكتور السعيد حاجي
الطب العام

خريج كلية الطب
بصفافس - تونس
الفحص بالصدى

Rabat, le 13/07/2023

MR BADRI FAÏÇAL **CONTIFLO[®] OD**



• **Contiflo od 0.4 mg**
1 gélule, avant les repas, pendant 01

• **Ranciphex 20 mg**
1 comprimé le matin a jeun pend

• **Quinolox 200 mg**
1 comprimé, matin, soir, pendant

• **Enterogermina 2 milliards du 5ml**
1dose, matin et soir pendant 0 5 Jour(s)

Composition:
Rabéprazole sodique (DCI) 20 mg PPV: 113 DH 70
Excipients q.s.p. un comprimé.
Indications, Contre-indications, Posologie
& Précautions d'emploi: lire la notice à l'intérieur.
Tenir hors de la portée et de la vue des enfants.
A conserver à une température ne dépassant pas
25°C, à l'abri de l'humidité.

LOT : 5471
PER : 12 - 25
P.P.V. : 149 DH 00

Laboratoires Pharmaceutiques

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1 -
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca
ENTERGERMINA 2 milliards du 5ml,
Susp oral b10 fl 5ml
P.P.V. : 60 DH00



dez-vous le 31/07/2023 à 12:00

Dr. HAJJI SAÏD
Médecine Générale
Echographie Générale
5, Rue Rhamna Cité Administrative
Tél : 05 37 63 97 76
INP: 101671038

PHARMACIE DES JARDINS
Dr. JABOR Sanaa
Avenue Mohammed 6, km 18
CGI - Rabat
Tél/Fax : 05 37 01 10 40

5, Rue Rhamna cité Administrative - Rabat زنقة الرحامنة الحي الإداري الرباط

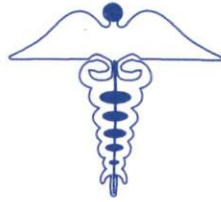
Tél. C : 05 37 63 97 76 - Fax : 05 37 63 97 76 (sur rendez vous)

E-mail: saidhma10@yahoo.fr

13/07/2023, 09:11

Dr. Saïd HAJJI
Médecine Générale

Diplômé de la Faculté
de Médecine de SFAX (Tunisie)
Echographie Générale



الدكتور السعيد حجي
الطب العام

خريج كلية الطب
بصفافس - تونس
الفحص بالصدى

Rabat, le 20/07/2023

Laboratoire Ibn Rochd

200723-143



BADRI FAICAL

Dr. Badri Faical



- ① NFS complet
- ② Fonction
- ③ Cholestérol HDL, LDL
- ④ Triglycérides
- ⑤ CRP
- ⑥ Transaminase (TGO, TGP)
- ⑦ PSA
- ⑧ Serologie gonorrhée
- ⑨ VDRL - TPHA
- ⑩ Urin-glycémie

5, Rue Rhamna cité Administrative - Rabat الرباط

Tél. C : 05 37 63 97 76 - Fax : 05 37 63 97 76 (sur rendez vous)

E-mail: saidhma10@yahoo.fr

Dr. SAÏD HAJJI
Médecine Générale
Echographie Générale
5, Rue Rhamna cité Administrative
Tél. C : 05 37 63 97 76
Fax : 05 37 63 97 76

Dr Manal ABOUELOUFA

Médecin biologiste, spécialiste en biologie de la reproduction

Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

Université de Valence (Espagne)

Université Paris VI (Faculté Pierre et Marie Curie)

ouvert
7/7J

Mr BADRI FAICAL

Dossier N° : 200723-143

Page : 2/3

ANALYSES DE BIOCHIMIE

			Valeurs Usuelles	Antériorité
Glycémie à jeun	:	1,03 g/l 5,72 mmol/l	(0,74 - 1,06) (4,07 - 5,83)	1,07 (06/04/23)
Hypoglycémie < 0.60, Intolérance au glucose 1.10 à 1.25 g/L, Diabète > ou = 1.26 g/L				
UREE	:	0,29 g/l 4,83 mmol/l	(0,15 - 0,45) (2,5 - 7,5)	0,25 (06/04/23)
TRIGLYCERIDES	:	0,95 g/l 1,08 mmol/l	(Inférieur à 1,5) (Inférieur à 1,71)	
CHOLESTEROL TOTAL	:	1,97 g/l 5,10 mmol/l	(Inférieur à 2) (Inférieur à 5,17)	
HDL-CHOLESTEROL				
Résultat	:	0,558 mg/dl 1,445 mmol/l	(Supérieur à 0,4) (Supérieur à 1,03)	
LDL- CHOLESTEROL	:	1,22 g/l 3,16 mmol/l	(Inférieur à 1,5) (Inférieur à 4,41)	
Transaminases				
SGOT/ASAT Aspartate Aminotransférase	:	11 UI/l	(Inférieur à 40)	
SGPT/ALAT Alanine-Aminotransférase	:	7 UI/l	(Inférieur à 40)	

Dr Manal ABOUELOUFA



Dr Manal ABOUELOUFA

Médecin biologiste, spécialiste en biologie de la reproduction

Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

Université de Valence (Espagne)

Université Paris VI (Faculté Pierre et Marie Curie)

ouvert
7/7J

Mr BADRI FAICAL

Dossier N° : 200723-143

Page : 3/3

IMMUNOLOGIE-SEROLOGIE

CRP : PROTEINE-C REACTIVE : 0,69 mg/l (Inférieur à 6)

TPHA : Négatif.
(Technique :Hemmaglutination passive)

VDRL : Négatif.
(Technique / agglutination)

FERRITINE : 92,30 ng/ml (30 - 400)

MARQUEURS PROSTATIQUES

		Valeurs Usuelles	Antériorité
- PSA Total	: 30,69 ng/ml	(Inférieur à 4)	4,31 (06/04/23)

ANALYSES BACTERIOLOGIQUES

Recherche de Chlamydia par PCR : GONOCOQUE+ CHLAMYDIA = NEGATIFS.



Dr Manal ABOUELOUFA

Médecin biologiste, spécialiste en biologie de la reproduction

Faculté de médecine et de pharmacie de Rabat

Université de Valence (Espagne)

Université Paris VI (Faculté Pierre et Marie Curie)

ouvert
7/7J



Mr BADRI FAICAL

Code Patient : 22-06513

Réf : 200723-143

CIN :



Demandé par Dr. : HAJJI SAID

Date de naissance : 01/01/1962

Examen du : 20/07/2023 09:43

Edité le : 31/07/2023

Compte rendu d'analyses

Page : 1/3

ANALYSES D'HEMATOLOGIE

NUMERATION FORMULE SANGUINE

Sysmex xs 1000i

GLOBULES ROUGES	:	4,90	Tera/L	(4,3 - 5,5)
HEMOGLOBINE	:	15,20	g/dl	(13,5 - 16,8)
HEMATOCRITE	:	42	%	(38,5 - 49)
VGM	:	86	fL	(80 - 98)
TCMH	:	31	pg	(27 - 35)
CCMH	:	36	g/dl	(32 - 38)
GLOBULES BLANCS	:	5 070	/μl	(4000 - 10000)
Formule leucocytaire	:			
Neutrophiles	:	62,7 %	3178,89 /μl	(1600 - 6500)
Eosinophiles	:	1,6 %	81,12 /μl	(Inférieur à 600)
Basophiles	:	0,4 %	20,28 /μl	(Inférieur à 150)
Lymphocytes	:	25,2 %	1277,64 /μl	(1000 - 4500)
Monocytes	:	10,1 %	512,07 /μl	(200 - 1000)
PLAQUETTES	:	225	G/L	(150 - 400)

Valeurs Usuelles

Antériorité



INPE : 103061073 Patente : 25947787 I.F:14442943 CNSS : 4254950 I.C.E : 001780980000029

Facture n°: 2307-01892

Edité , le 31/07/2023

Mr BADRI FAICAL

Dossier :200723-143

Date de prélèvement :20/07/2023 (

Analyses	Valeur en B
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80
GLYCEMIE A JEUN	30
UREE	30
TRIGLYCERIDES	60
CHOLESTEROL TOTAL	30
HDL-CHOLESTEROL	50
LDL- CHOLESTEROL	40
Transaminases	100
CRP : PROTEINE-C REACTIVE	120
TPHA.	50
VDRL	20
FERRITINE	250
PSA Total	300
RECHERCHE DE CHLAMYDIAE PAR PCR	400
Total B	1560
APB	40,00
Total en dirhams	1 600,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille six cent dirhams***

LABORATOIRE IBN ROCHD
D'ANALYSES MEDICALES
4, Imm ALYA, Av. ALHAOUZ, Takadoun
Rabat - Tél : 05 37 65 10 46
Fax : 05 37 65 01 33

Dr. Saïd HAJJI
Médecine Générale

Diplômé de la Faculté
de Médecine de SFAX (Tunisie)
Echographie Générale



الدكتور السعيد حجي
الطب العام

خريج كلية الطب
بصفائقس - تونس
الفحص بالصدى

Rabat, le 13/12/2011

Dr Chellaoui Mounia
Professeur en Radiologie
Centre de Radiologie Ryad
Av Assanaoubar (al araar) Secteur 18
Bloc H 10 N°5 Hay Riad

Cher Confrère

J'ai vu que de la douleur
provenant de ~~Bassin~~ une
échographie testiculière pour le
fist. Bas de l'arcade en fait
une douleur testiculière
droite

Bi Chellaoui

Dr HAJJI SAÏD
Médecine Générale
Echographie Générale
5, Rue Rhamna cité Administrative
Tél : 05 37 63 97 76
INF: 161971054-1619717256000017

5, Rue Rhamna cité Administrative - Rabat - زنقة الرحامنة الحي الإداري - الرباط

Tél. C : 05 37 63 97 76 - Fax : 05 37 63 97 76 (sur rendez vous)

E-mail: saidhja10@yahoo.fr

Nom et Prénom : Mr. BADRI FAICAL

Date : 19/07/2023

ECHOGRAPHIE TESTICULAIRE

RÉSULTATS :

À droite :

- Testicule de taille normale, mesurant 23 mm x 32 mm x 43 mm soit un volume de 22 cc, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
- Épидидyme augmente de taille au niveau de la queue, mesurant 12,8 mm ou siège un nodule d'échostructure isoechogène au parenchyme épидидymaire, de forme arrondie, avec discrète hyperhémie au Doppler et mesurant 6,5 mm x 9,6 mm.
- Absence d'épanchement scrotal.
- Absence de varicocèle.

À gauche :

- Testicule de taille normale, mesurant 20 mm 32 mm x 46 mm soit un volume de 21 cc, de contours réguliers et d'échostructure homogène.
- Épидидyme de taille normale, de contours réguliers d'échostructure homogène.
- Absence d'épanchement scrotal.
- Absence de varicocèle.

CONCLUSION :

- Épидидymite nodulaire droit de la queue.

Merci de votre confiance

Pr M.CHELLAOUI

Dr Chellaoui Mounia
Professeur en Radiologie
Centre de Radiologie Ryad
Av Assanaoubar (al Assar) Secteur 18
Bloc H 10 N° 5 Hay Riad

FACTURE

Numero:02298/2023

Rabat

19/07/2023

Nom patient	Date examens
BADRI FAICAL	19/07/2023

Examen(s) Réalisé(s)	Prix Dhs
ECHOGRAPHIE TESTICULAIRE	400,00
TOTAL	400,00

Arrêtée la présente facture à la somme de:

QUATRE CENTS DIRHAMS

Dr Chellaoui Mounia
Professeur en Radiologie
Centre de Radiologie Ryad
Av Assanaoubar (al araar) Secteur 18
Bloc H 10 N°5 Hay Riad

E-mail : centredradiologieryad@gmail.com : البريد الإلكتروني

Avenue Essanaoubar, Secteur 18 Bloc H 10, Villa n° 5 Hay Ryad - Rabat - Tél. : 05 37 56 31 56

R.C. : 157437 - Patente : 25501294 - ICE : 002923151000040

INPE RADIOLOGUE : 10 11 10 658 - INPE CENTRE : 04 00 65 096