

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0056146

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4812

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LAZRAK SAAD

Date de naissance : 24.04.53

Adresse : Rue KEROMARD Résidence AMBAR Imm 3

Aphar N°9 Ain DIAB CASABLANCA

Tél : 06 61 31 86 52

Total des frais engagés : 99,5 A

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Sofia BOUGRINE
Centre de Dialyse Al Hana

Date de consultation : 14/05/22 22 39 33 88

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 14 / 04 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

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
10/04/23	Cs		Gratuit	Dr. Sofia BOUGRINE Centre de Dialyse Al Hana Tél. 05 22 39 33 88

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 Oum Raddoune M. BENAZZOUZ Rue Abdou Oum Raddoune Tél. 05 22 23 10 50 81 Fax 05 22 23 10 50 82 ICE 51495800	10/04/23	B80	99,51 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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



Bilan Biologique

Casablanca le : 26/11/23

Nom / Prénom : LAZRAK SAAD

☒ NFS+pq

☐ CRP

☐ Ferritinémie

☐ Urée / Créatinémie

☐ Na⁺, K⁺

☐ Cl⁻, CA, PH

☐ RA, Mg, PAL

☐ Ac urique, glycémie

☐ Cholestérol T, HDL, LDL

☐ TG

☐ Protéides, albumine

☐ Bilirubine totale

☐ Bil D / Bil I

☐ GOT / GPT & C

☐ Hb glyquée

☐ Dosage vit D

☐ PTH

☐ TSH

☐ Ac folique, Vit B12

☐ B hémostase

☐ Sérologie :

☐ Ag hbs

☐ Ac hbs

☐ HVC

☐ HIV

☐ Protéinurie de 24h

☐ ECBU (antibiogramme)

☐ Autres:.....

Laboratoire GENE LAB Oum Rabia

100423-038



LAZRAK SAAD
D.N : 04/24/1953

Dr. Sofia BOUGRINE
Centre de Dialyse AL Hanaa
Tel : 05 22 39 33 88

Laboratoire GENE LAB
Oum Rabia
M. BENAZZOUEZ
05 22 39 33 88 - Fax : 05 22 39 33 88
Patente : 35051076

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"

Docteur Mohamed BENAZZOZ

Pharmacien Biologiste

Téléphone : 05 22 93 10 60/0522905937/ Fax : 05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661763068/Watsapp 0676845202

Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa (En face siège R.A.M)- Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca,
genelab2@gmail.com

ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE_bio : 097163968 - INPE_labo : 093001394- IF : 51485800

FACTURE

Casablanca , le 14/04/2023

Facture N° 100423-038 du 10/04/2023

MUPRAS

Dr : BOUGRINE SOFIA

N°Bon de soin

Mle

Patient : Mr LAZRAK SAAD

Analyses	Valeur en B	Montant
HEMOGRAMME:valeurs correspondantes à l'âge	80	88,00
Total B	80	88,00
APB	1,0	11,51
Total		99,51

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre-vingt-dix-neuf dirhams 51 centimes***

Laboratoire Généralab
Oum Rabiaâ
M. BENAZZOZ
Rce. Abouab Oum Rabiaâ El Oulfa - Casa
Tél : 05 22 93 10 60/0522905937
Patente : 35051078
ICE : 001084109000068 IF : 51485800



مختبر التحليلات الطبية جَنِلَاب "أم الربيع"
Laboratoire de biologie médicale Génélab
"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOZ
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد
صيدلي إحيائي



Laboratoire certifié par
IMANOR
CERTIFICATION
N° 2017 CSMQ.04 : 01
NM ISO 9001 : 2015

Mr LAZRAK SAAD

Dossier N° :100423-038

Page : 2/2

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement

A:b/P:B
V:s/L:

Biologiste assistante

Dr S.Masmoudi



BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

NB : (*) = paramètre accrédité شارع أم الربيع - الالفة - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبواب أم الربيع - عمارة "س" - الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm."C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - ت.م - Patente : 35051078 - البتاتنا - Fax. : 05 22 93 10 61 - الفاكس

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61/ 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - الهاتف - GSM Whatsapp : 06 76 84 52 02 - Site web : www.Lbmgenelab.com



مختبر التحليلات الطبية جَنَلاَب "أم الربيع"
Laboratoire de biologie médicale Génelab
"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOUZ
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد
صيدلي إحصائي



Laboratoire certifié par
IMANOR
CERTIFICATION
N° 2017 CSMQ.04 : 01
NM ISO 9001 : 2015

Compte rendu d'analyses

Demandé par Dr : BOUGRINE SOFIA

Centre de Néphrologie Hémodialyse AL HANA 10 Rue Sigelmassa Hay
Hassani Casablanca

Tél : 0522393388 Fax : 0522392643

Casablanca

Edité le : 10/04/2023



Mr LAZRAK SAAD

Date naissance: 24/04/1953

Code Patient : 23-01182

Dossier créé le : 10/04/2023

Patient prélevé le : 10/04/2023

INPEGENELAB : 093001394

INPE Bio : 097163968

IF : 51485800

Réf : 100423-038



Heure création: 11:13

Heure Plvt : 8:30

Page : 1/2

ANALYSES D'HEMATOLOGIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

HEMOGRAMME : Les Valeurs Usuelles sont exprimées en fonction du sexe et de l'âge du patient (mise à jour 2016)

(Sysmex XN1000 / Paramètre Accrédité (depuis 24/01/2022))

Globules rouges	:	3,01	10 ⁶ /mm ³	(4,2 - 5,7)	3,90 (01/03/23)
Hémoglobine	:	9,20	g/dl	(14 - 17)	12,30 (01/03/23)
Hématocrite	:	27,20	%	(39 - 49)	36,30 (01/03/23)
VGM	:	90,40	μ ³	(83 - 97)	93,10 (01/03/23)
TCMH	:	30,60	pg	(27 - 33)	31,50 (01/03/23)
CCMH	:	33,80	g/L	(32 - 36)	33,90 (01/03/23)
DRW	:	12,50	%	(12 - 16)	12,70 (01/03/23)
Globules blancs	:	5220	mm ³	(4000 - 11000)	8130 (01/03/23)
Formule sanguine	:				
Neutrophiles	:	52,7	% 2750,94 /mm ³	(1400 - 7700)	4268,25 (01/03/23)
Eosinophiles	:	3,8	% 198,36 /mm ³	(20 - 630)	317,07 (01/03/23)
Basophiles	:	0,4	% 20,88 /mm ³	(Inférieur à 110)	40,65 (01/03/23)
Lymphocytes	:	33,9	% 1769,58 /mm ³	(1000 - 4800)	2536,56 (01/03/23)
Monocytes	:	9,2	% 480,24 /mm ³	(180 - 1000)	967,47 (01/03/23)
Plaquettes	:	212	10 ³ /mm ³	(150 - 400)	285,61 (01/03/23)
Etude du frottis sur lame	:	-			

REMARQUE

COMMENTAIRE

NB : Anémie normochrome normocytaire, patiente sous dialyse,

Résultat à interpréter en fonction du contexte clinique et thérapeutique

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

NB : (*) = paramètre accrédité شارع أم الربيع - الالفة - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبواب أم الربيع - عمارة "س" - الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M.) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm. "C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - ت.م - Patente : 35051078 - البنانا - Fax. : 05 22 93 10 61

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - الهاتف - GSM Whatsapp : 06 76 84 52 02 - Site web : www.Lbmgenealab.com