

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

M22- 0027508

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3180 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SABIR Saïd
Date de naissance : 05.11.72
Adresse : 64 Rue Ezzajajoune
Tél : 566 81 81 44 Total des frais engagés : 910,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Aziz CHAÏO Neurochirurgien
51 Bd. Rahal El Mekki - Casablanca 0522 54 02 60
Date de consultation : 29 / 05 / 2023
Nom et prénom du malade : SABIR Saïd Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Neuropathie
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 : 29.05.2023 Le :
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	30/05/23	B 666	819 591

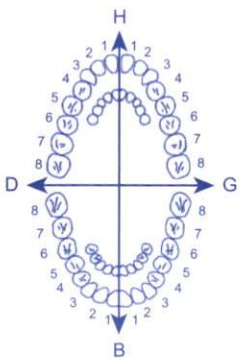
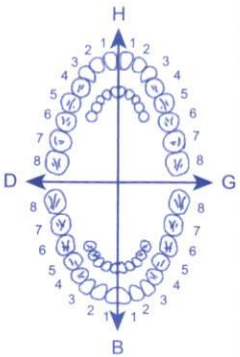
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>Coefficient des Travaux</p> <p>Montants des Soins</p> <p>Début d'exécution</p> <p>Fin d'exécution</p> </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>Coefficient des Travaux</p> <p>Montants des Soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Date de l'exécution</p> </div> <div style="width: 35%;"> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> <input style="width: 90%;" type="text"/> </div> </div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Aziz CHAFIQ

NEUROCHIRURGIEN

Chirurgie du Système Nerveux Central
et de la Colonne Vertébrale

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Ex. Chirurgien au C.H.U de Bicêtre (PARIS)

Sur Rendez-vous

Casablanca, le

الدكتور عزيز شفيق

اختصاصي في جراحة الدماغ
و الجهاز العصبي و العمود الفقري

خريج كلية الطب بباريس
جراح سابقا بالمستشفى الجامعي بيستر (باريس)

بالموعد

الدار البيضاء، في

29/01/2013
Dr. Chafiq Aziz

Relevé d'Honoraires N° : 2305302030

Casablanca le 30-05-2023

Mr Said SABIRI

Demande N° 2305302030

Date de l'examen : 30-05-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
PSA	Prélèvement sang adulte	E	25
0103	Bilirubine (Totale Directe et Indirecte)	B	70
0111	Créatinine	B	30
0370	CRP	B	100
0118	Glycémie	B	30
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B	50
0146	Transaminases O (TGO)	B	50
0147	Transaminases P (TGP)	B	50
0229	Groupe ABO Rhésus	B	60
0216	Numération formule	B	80
0239	Temps de céphaline: TCK	B	40
0236	Taux de prothrombine	B	40
0135	Urée	B	30
0223	VS	B	30

Total des B : 660

TOTAL DOSSIER : 910 DH

Arrêtée le présent relevé à la somme de : neuf cent dix dirhams

LABORATOIRE GLAB
Docteur Mounir Filali
93, Boulevard Anoual
INPE 093061091 - T. 0522 86 09 10

Conformément à la législation, il est interdit de modifier les dates de facturation.

Edition le Mardi 30 Mai 2023 à 17:32
Dr Aziz CHAFIQ
51, Bd Rahal El Meskini Résidence
ESSAFA
20000 CASABLANCA

Résultats de Mr Said SABIRI
Né(e) le 05-11-1952
Dossier : 2305302030

Mr Said SABIRI
64 RUE EZZAIZAFOUNE
20000 CASABLANCA

Prélevé le : 30-05-2023 à 10:22 par Ghita KHARROUBI
Dossier enregistré le: 30-05-2023 à 10:22
Compte-rendu complet

Intervalles de référence Antériorités

INFORMATION PATIENT

Vos résultats d'analyses sont disponibles sur le site <http://www.glab.ma> à la rubrique "Serveur des Résultats".

Identité du patient :

Identité du patient contrôlée sur papiers officiels

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (sur prélèvement sanguin veineux)

Hématies :

(ABX Pentra XL 80 HORIBA Medical)

Hémoglobine :

Hématocrite :

VGM :

TCMH :

CCMH :

RDW :

Leucocytes :

Poly. Neutrophiles :

Soit:

Poly. Eosinophiles :

Soit:

Poly. Basophiles :

Soit:

Lymphocytes :

Soit:

Monocytes :

Soit:

CTRL 100 %

VMP :

Plaquettes

Anomalie des formules

4.220	T/l	(4.400 - 5.600)
4 220 000	/mm ³	(4 400 000 - 5 600 000)
13.6	g/100 ml	(13.0 - 17.7)
40.2	%	(40.0 - 54.0)
95.0	μ3	(80.0 - 100.0)
32.1	pg	(>27.0)
33.7	g/100 ml	(31.0 - 36.5)
11.7	%	(0.0 - 18.5)
6 000.0	/mm ³	(4 100.0 - 10 500.0)
52.2	%	
3 132	/mm ³	(1 900 - 6 000)
3.4	%	
204	/mm ³	(10 - 540)
0.8	%	
48	/mm ³	(0 - 200)
36.6	%	
2 196	/mm ³	(920 - 3 200)
7.0	%	(<10.0)
420	/mm ³	(300 - 1 050)
100	%	(>100)
8.2	μm3	(7.0 - 11.0)
241 000	/mm3	(150 000 - 500 000)

Formule automatique rendue par l'automate

VITESSE DE SEDIMENTATION

VS 1ère heure

(Méthode de Westergren)

37 mm

Dossier validé biologiquement par : Docteur HUSSEINE BELLAMINE

LABORA 101
Docteur FILALI
93 Boulevard Anoual
INPE 093061091 - TP 36336941

DETERMINATION DU GROUPE SANGUIN ABO-RHESUS

Groupe sanguin ABO
(Groupage sanguin technique gel Diaclon ID/Biorad)
Rhésus (D)

B
Rh Positif RH+1

Une carte de groupe sanguin n'est délivrée qu'après une deuxième détermination du groupe sur un deuxième prélèvement dans le même Laboratoire. Chaque détermination est réalisée avec deux techniques différentes.

COAGULATION

TAUX DE PROTHROMBINE

Temps du Témoin	10.50		
Temps de Quick (TQ) :	12.5	sec	
Taux de Prothrombine (TP) :	75.10	%	(70.00-100.00)
(CA 620, Sysmex)			
INR	1.17		
(CA 620, Sysmex)			

Tromboplastine peu sensible à l'héparine

TEMPS DE CEPHALINE ACTIVEE

Temps du Témoin	31.9	Sec.	
(Synthasol, ACL ELITE PRO)			
Temps du Patient	31.9	Sec.	(31.9-40.9)
(CA 620, Sysmex)			
Ratio Patient / Témoin	1.00		(0.80-1.20)

Céphaline sensible aux déficits de la voie contact, endogène, commune, ainsi qu'à la présence d'inhibiteurs.

BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun	1.06	g/l	(0.70-1.10)
(Colorimétrique, INDIKO Plus)	5.88	mmol/l	(3.89-6.11)
Créatinine	8.3	mg/L	(<13.0)
(Enzymatique, INDIKO Plus)	73.4	μmol/l	(<115.0)
Urée	0.47	g/l	(0.20-0.50)
(Enzymatique, INDIKO Plus)	7.83	mmol/l	(3.33-8.33)

Dossier valide biologique délivré par : Docteur HISSANE
BELLAMINE
LABORATOIRE G Lab
Docteur FILALI Mounir
93, Boulevard Anoual
IND 09303

2305302030 - Mr Said SABIRI- né(e) le 05-11-1952

Bilirubine libre (indirecte)

(Enzymatique, INDIKO Plus)

3.1 mg/L (2.0-7.0)

5.3 µmol/L (3.4-12.0)

Bilirubine conjugué (Direct)

(Enzymatique, INDIKO Plus)

1.6 mg/L (1.0-3.0)

2.7 µmol/L (1.7-5.1)

Bilirubine totale

(Enzymatique, INDIKO Plus)

4.7 mg/L (3.0-10.0)

8.0 µmol/L (5.1-17.1)

Transaminases GOT (ASAT)

(Enzymatique, INDIKO Plus)

15 U/l (10-45)

Transaminases GPT (ALAT)

(Enzymatique, INDIKO Plus)

14 U/l (10-45)

Gamma G.T

(Enzymatique, INDIKO Plus)

22 U/l (12-64)

CRP

(Spectrophotométrique, INDIKO Plus)

4.0 mg/l (<10.0)

Prélèvement à Domicile

Chère patiente et cher patient,

En tenant compte des contraintes sanitaires en rapport avec la pandémie de COVID-19, le laboratoire **G Lab** a mis en place tous les dispositifs nécessaires, conformément aux réglementations d'hygiène en vigueur, pour votre protection lors de votre présence dans le laboratoire.

Vous avez également la possibilité de faire réaliser vos prélèvements à domicile.

Nous mettons à votre disposition sur rendez-vous une équipe dédiée.

Contact :

Tél. + 212 522 86 09 10

E-mail : contact@glab.ma

LABORATOIRE G Lab
Docteur FILALI Mounir
93, Boulevard Anoual
INPE 23041001 - TP 21324941

Dossier validé biologiquement par Docteur HISSANE BELLAMINE

Page 3 sur 3