

# 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.

## Diagnostique 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.

## Prothèse 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.



## Déclaration de Maladie

N° P19-

048521

85349

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1579

Société : R.A.M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Bernada A. LLAM. J. Amal

Date de naissance : 02.25.1955

Adresse :

Tél : 06 18 32 37 10

Total des frais engagés : 80000

Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

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 :

Le : / /

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

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

### 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
	21/05/91	6580	800

### AUXILIAIRES MEDICAUX

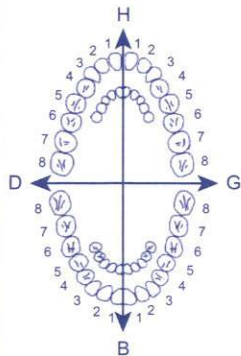
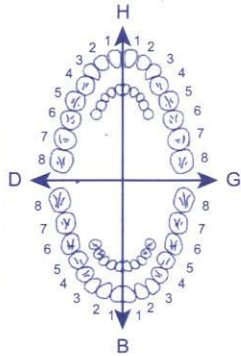
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX	
					MONTANTS DES SOINS
				FIN D'EXECUTION	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Médecin Colonel

LAKHAL Zouhair

Professeur de l'Enseignement supérieur

Cardiologue Interventionnel

Chef de Service

INPE : 101100220

الطبيب الكولونيل

زهير الأكحل

أستاذ التعليم العالي

أمراض القلب والشراب

ORDONNANCE

Rabat, le :

18/06/2021

M<sup>r</sup>. BERRADA ALLAM Jamal

- CRP
- NFS
- procalcitonine

LABORATOIRE G Lab  
Docteur FILAL Mounir  
25-04-1985  
200320041

Mr BERRADA ALLAM Jamal  
25-04-1985



0000

**FACTURE N° : 2106212150**

Casablanca le 21-06-2021

**Mr Jamal BERRADA ALLAM**

Demande N° 2106212150

Date de l'examen : 21-06-2021

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
PSA	Prélèvement sang adulte	E25	E
0216	Numération formule	B80	B
0370	CRP	B100	B
0458	Procalcitonine par immunomarquage	B400	B

Total des B : 580

TOTAL DOSSIER : 800 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : huit cents dirhams



LABORATOIRE GLab  
Dr Mounir Filali  
Boulevard Anoual



Edition le Lundi 21 Juin 2021 à 15:59

Résultats de Mr Jamal BERRADA ALLAM

Mr Jamal BERRADA ALLAM

Né(e) le 25-04-1955

Dossier : 2106212150

Prélevé le : 21-06-2021 à (heure non communiquée) par Infirmière Clinique

Dossier enregistré le: 21-06-2021 à 15:00

Compte-rendu complet

Intervalles de référence

Antérieurs

## 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 non contrôlée sur papiers officiels

## HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (sur prélèvement sanguin veineux)

10-12-2018

### 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%

### Plaquettes

4.430	1/l	(4.400-5.600)	4.120
4 430 000	/mm <sup>3</sup>	(4 400 000-5 600 000)	
14.8	g/100 ml	(13.0-17.7)	13.6
43.6	%	(40.0-54.0)	40.1
98.0	μ3	(80.0-100.0)	97.3
33.4	pg	(>27.0)	33.0
33.9	g/100 ml	(31.0-36.5)	33.9
11.4	%	(0.0-18.5)	12.7
9 900.0	/mm <sup>3</sup>	(4 100.0-10 500.0)	2 950.0
69.9	%		72.0
6 920	/mm <sup>3</sup>	(1 900-6 000)	2 124
0.6	%		1.0
59	/mm <sup>3</sup>	(10-540)	30
0.4	%		0.0
40	/mm <sup>3</sup>	(0-200)	0
23.2	%		24.0
2 297	/mm <sup>3</sup>	(920-3 200)	708
5.9	%	(<10.0)	3.0
584	/mm <sup>3</sup>	(300-1 050)	89
100	%	(>100)	100
212 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000-500 000)	206 000

## BIOCHIMIE SANGUINE

### CRP

(Spectrophotométrique, INDIKO Plus)

4.0 mg/l (<10.0)

Dossier validé biologiquement par : Docteur Ilham BOURZIK

## MARQUEURS – VITAMINES

### PROCALCITONINE

<0.05 ng/ml (<0.50)

(Biomérieux, Vidas, E.L.A)

#### Valeurs de références

*PCT < 0.05 ng / ml : Absence de réponse inflammatoire systémique.*

*0.05 < PCT < 0.5 ng / ml : Réponse inflammatoire mineure ou peu significative.*

*0.5 < PCT < 2 ng / ml : SIRS, Poly traumatisme, Brûlures.*

*PCT > 2 ng / ml : Infections bactériennes, septicémies.*

*PCT > 10 ng / ml : Infections bactériennes graves, septicémies.*

### 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](mailto:contact@glab.ma)