

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ptique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

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.

ladie 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

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 caractére 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

N° P19-

048521

85349

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1579 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Berrada A. LLAM. 8 Ama

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) :



RELEVE 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
	2016-01-01	anatomie b582	800 N

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 la

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	Coefficient des travaux
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Médcin Colonel

'LAKHAL Zouhair

البيب المكونيل

نہیں الکھل

أستاذ التعليم العالي

أمراض القلب والشرايين

Professeur de l'Enseignement supérieur

Cardiologue Interventionnel

Chef de Service

INPE : 101100220

ORDONNANCE

Rabat, le : 18/06/2021

M^r. BERRADA ALLAM Jamal

= CRL

- NFS

- procalcitonine

A photograph of a medical document. At the top right, there is a handwritten signature in blue ink that reads "Dr. EKHAL Zouhair". Below the signature, several lines of text are printed in a blue watermark-like font: "Docteur EKHAL Zouhair", "Médecin Spécialisé - Cardiologue", "Professeur de l'enseignement Supérieur", "Chef de Service des USC", and "et de Cathéterisme Cardiaque". To the left of the signature, there is a large, hand-drawn black 'X' mark. In the bottom right corner, there is a vertical stamp with the text "Mr. BERRADA" and "25-04-1955".

Mr. BERRADA ALLAM Jamal
25-02-1955 2106212159

Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V - Hay Ryad - Rabat
Centre de Cardiologie

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

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
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


DOCTEUR MOUNIR FILALI
Centre de Biologie Médicale
Boulevard Anoual
Casablanca

Edition le Lundi 21 Juin 2021 à 15:59

Résultats de Mr Jamal BERRADA ALLAM
Né(e) le 25-04-1955
Dossier : 2106212150

Mr Jamal BERRADA ALLAM

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 *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 non contrôlée sur papiers officiels
HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME (sur prélèvement sanguin veineux)

10-12-2018
Hématies :

(ABX Pentra XL 80 HORIBA Medical)

Hémoglobine :

4.430 T/l (4.400–5.600) 4.120

4 430 000 /mm³ (4 400 000–5 600 000)

14.8 g/100 ml (13.0–17.7) 13.6

Hématocrite :

43.6 % (40.0–54.0) 40.1

VGM :

98.0 µ3 (80.0–100.0) 97.3

TCMH :

33.4 pg (>27.0) 33.0

CCMH :

33.9 g/100 ml (31.0–36.5) 33.9

RDW :

11.4 % (0.0–18.5) 12.7

Leucocytes :

Poly. Neutrophiles :

9 900.0 /mm³ (4 100.0–10 500.0) 2 950.0

Soit:

69.9 %

72.0

Poly. Eosinophiles :

6 920 /mm³ (1 900–6 000) 2 124

Soit:

0.6 %

1.0

Poly. Basophiles :

59 /mm³ (10–540) 30

Soit:

0.4 %

0.0

Lymphocytes :

40 /mm³ (0–200) 0

Soit:

23.2 %

24.0

Monocytes :

2 297 /mm³ (920–3 200) 708

Soit:

5.9 %

3.0

CTRL 100%

584 /mm³ (300–1 050) 89

Soit:

100 %

100

Plaquettes

212 000 /mm³ (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

(Biomérieux, Vidas, E.I.A)

Valeurs de références

<0.05 ng/ml

(<0.50)

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'hygiènes 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

Dossier validé biologiquement par : Docteur Ilham BOURZIK

Page 2 sur 2

