

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

- 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-673307

109799

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02470 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Aminp

Nom & Prénom : OHLIH

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0649091568 Total des frais engagés : 170,00 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 : 30/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>

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 G Lab Docteur ELALI Mounir 93 Boulevard Anoual INPE 93061091 TP 36336941	25/03/20	R.M.O	1709 K

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
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 CHRAÏBI

Professeur en Cardiologie
de la Faculté de Médecine
de Casablanca

Ancien Médecin des Hôpitaux de Ger

**Spécialiste des maladies du cœur
et des vaisseaux**

Cardiologie adulte - Cardiologie pédiatrique
Hypertension artérielle - Echographie Doppler
Holter tensionnel - Holter rythmique - Epreuve d'effort

Operation Cardia -

Mr KASSED Abdelouahed
22-05-1952



2203252013

A coller sur l'ordonnance

الدكتور سعيد الشرايبي

أستاذ في أمراض القلب
طبيب سابق بمستشفيات جنينة

أخصائي في أمراض القلب وارتفاع الضغط الدموي

الفحص بالصدى - الهولتير - الفحص بالجهد

Nom : Kasred Abdelouahed Casablanca le :

25 MARS 2022

BILAN BIOLOGIQUE

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Urée | <input type="checkbox"/> T3 T4 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Créatinémie | <input type="checkbox"/> TSH |
| <input type="checkbox"/> Glycémie | <input type="checkbox"/> Microalbuminurie |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol | <input type="checkbox"/> Vitesse de sédimentation |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol HDL | <input type="checkbox"/> CRP |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol LDL | <input type="checkbox"/> TP + INR |
| <input type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> Fibrinogène |
| <input type="checkbox"/> Acide Urique | <input type="checkbox"/> ASLO |
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS Plaque | <input type="checkbox"/> Ionogramme |
| <input type="checkbox"/> Protéinurie des 24h | <input type="checkbox"/> Kaliémie |
| <input type="checkbox"/> SGPT | <input type="checkbox"/> Hb Glycosylée |
| <input type="checkbox"/> SGOT | <input type="checkbox"/> TCK |
| <input type="checkbox"/> γGT - Ph. alc | <input type="checkbox"/> PSA |
| <input type="checkbox"/> Ag Hbs | <input type="checkbox"/> BNP |
| <input type="checkbox"/> Sérologie Hépatite C | <input type="checkbox"/> CPK |
| <input type="checkbox"/> Troponines | <input type="checkbox"/> Dosage vit. D |

LABORATOIRE G Lab
Docteur FILALI Mounir
93 Boulevard Anoual
INPE 93061091 TP 36336941

Relevé d'Honoraires N° : 2203252013

Casablanca le 25-03-2022

Mr Abdelouahed KASSED

Demande N° 2203252013

Date de l'examen : 25-03-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
PSA	Prélèvement sang adulte	E	25
0111	Créatinine	B	30
0216	Numération formule	B	80

Total des B : 110

TOTAL DOSSIER : 170 DH

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

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

LABORATOIRE G Lab
Docteur FILALI Mounir
93 Boulevard Anoual
INPE : 93061091 TP : 36336941

Edition le Vendredi 25 Mars 2022 à 09:25

Dr Said CHRAIBI

Abdelmoumen Center

Angle Bd Anoual/Bd Abdelmoumen 1er Etage

20000 CASABLANCA

Résultats de Mr Abdelouahed KASSED

Né(e) le 22-05-1952

Dossier : 2203252013

Mr Abdelouahed KASSED

1150 RUE ABOU ZAID DADOUSI ETG 2 AP 4

MAARIF

20000 CASABLANCA

Prélevé le : 25-03-2022 à 08:37 par Amina GHFARA

Dossier enregistré le: 25-03-2022 à 08:38

Compte-rendu complet

Intervalles de référence

Antécédents

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%

Plaquettes

4.260	T/l	(4.400-5.600)
4 260 000	/mm ³	(4 400 000-5 600 000)
11.6	g/100 ml	(13.0-17.7)
36.4	%	(40.0-54.0)
86.0	μ3	(80.0-100.0)
27.3	pg	(>27.0)
31.9	g/100 ml	(31.0-36.5)
14.2	%	(0.0-18.5)
9 800.0	/mm ³	(4 100.0-10 500.0)
59.3	%	
5 811	/mm ³	(1 900-6 000)
3.1	%	
304	/mm ³	(10-540)
0.6	%	
59	/mm ³	(0-200)
29.4	%	
2 881	/mm ³	(920-3 200)
7.6	%	(<10.0)
745	/mm ³	(300-1 050)
100	%	(>100)
470 000	/mm ³	(150 000-500 000)

BIOCHIMIE SANGUINE

Type d'échantillon :

Plasma

Créatinine

(Cinétique, INDIKO Plus)

10.8	mg/L	(<13.0)
95.6	μmol/l	(<115.0)

LABORATOIRE G Lab
Docteur Mounir Filali
93 Boulevard Anoual
93061091 TP 36336941
Dossier validé par le pharmacien Docteur Ilham BOURZIK

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
Dossier validé biologiquement par le Docteur Ilham BOURZIK
Docteur FILALI Mounir
93 Boulevard Anouai
INPE 93061091 TP 36336941