

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W21-635444

28532

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : AB038 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAAD EDDINE

Date de naissance : 16/04/1992

Adresse : B35, Les Annuaire Plaza, B'Anoual, Casa

Tél : 0662103923 Total des frais engagés : 730,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2/12/2021

Nom et prénom du malade : SAAD EDDINE

Age : 29 ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : fièvre

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 : 04/06/2021

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
21/03/21	G.S.		250	INP : [] [] [] [] [] []

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/06/2021	(34)	1600 Ft 320 Ft

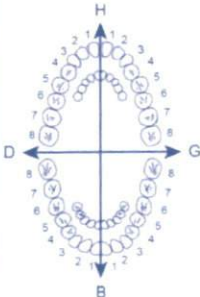
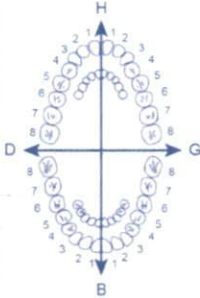
[illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX													
	<table border="0"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

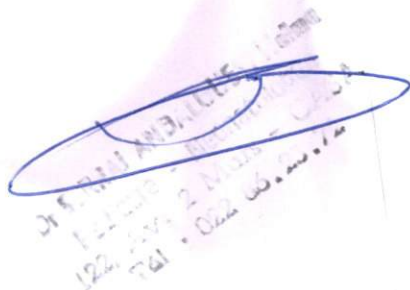


21/2/20

SART JAD

Rx de hanche

à faire après l'analyse



Dr.SERRAJ ANDALOUCI Naïma

Pédiatre-Néonatalogue



الدكتورة سراج أندلسي نعيمة

إختصاصية في طب الطفل و الرضيع

8/6/21

SFART JAD

NAS . play

TP - TCK

gpc Rg RR

LABORATOIRE G Lab
Docteur FILALI Mounir
93, Boulevard Moulay
IDRISSE 122-61, T. 6336941

BB SFART Jad

11-02-2021

M



2107052030



A coller sur l'ordonnance

Dr. SERRAJ ANDALOUCI Naïma
122-61, T. 6336941
122-61, T. 6336941

Dr Chakib BENNANI-SMIREs | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
 Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

M U P R A S

N° Admission : 21007240 N° Facture : 21007123 Date facturation : 19/06/2021

Nom et prénom du patient : Enf SFRAT JAD

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RX BASSIN NN F	1,00	160.00	160.00
		Sous-Total	160.00 DH

arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent soixante dirhams

Total : 160.00DH

Adhérent :

Part organisme : 0.00 DH

Mle :

Part patient : 160.00 DH

PC N° :



Dr Chakib BENNANI-SMIREN | Dr Hassan ZEGHARI | Dr Mohamed HAMDOUCH
Dr Abdelaziz ZOUAOU | Dr Fatiha DADI-BENMOUSSA | Dr Nazha LAHLOU

Casablanca, le 19 Juin 2021

BB. SFRAT JAD

COMPTE RENDU

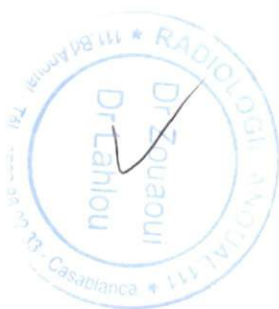
RADIOGRAPHIE DU BASSIN DE FACE :

- Noyau épiphysaire normalement minéralisé et de topographie normale selon la reconstruction d'Ombredane.
- Cavités cotyloïdiennes bien creusées dont les talus sont bien marquées.
- Cintres cervico-obturbateurs régulièrement suivis.

Conclusion :

Bassin d'aspect radiographie normal.

DR. S. HABCHAOU



Edition le Lundi 05 Juillet 2021 à 11:13
Dr Naima SERRAJ ANDALOUSSI
122, Bd 2Mars Residence Nasr Allah

Casablanca

Résultats de BB Jad SFART
Né(e) le 11-02-2021
Dossier : 2107052030

BB Jad SFART
RES ANOUAL PLAZA BD ANOUAL N B35
20000 CASABLANCA

Prélevé le : 05-07-2021 à 08:54 par Malika BENKAIBAL
Dossier enregistré le: 05-07-2021 à 08:56
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%

Plaquettes

Anomalie des formules

4.110	T/l	(3.500-5.100)
4 110 000	/mm ³	(3 500 000-5 100 000)
12.6	g/100 ml	(9.0-13.0)
37.1	%	(32.0-44.0)
90.0	μ3	(85.9-87.5)
30.7	pg	(24.0-34.0)
34.0	g/100 ml	(31.0-36.5)
9.7	%	(0.0-18.5)
7 800.0	/mm ³	(6 000.0-17 500.0)
17.0	%	
1 326	/mm ³	(1 500-8 500)
2.0	%	
156	/mm ³	(50-700)
0.0	%	
0	/mm ³	(0-640)
73.0	%	
5 694	/mm ³	(4 000-10 500)
8.0	%	(<10.0)
624	/mm ³	(50-1 100)
100	%	(>100)
332 000	/mm ³	(150 000-500 000)

Formule contrôlée par étude microscopique

Dossier validé biologiquement par : Docteur Ilham BOURZIK

DETERMINATION DU GROUPE SANGUIN ABO-RHESUS

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

A
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
Temps de Quick (TQ) :
Taux de Prothrombine (TP) :
(RecombiPlastin EG, ACL ELITE PRO)
INR
(RecombiPlastin 2G, ACL ELITE PRO)

11.90
11.9 sec
100 % (70-100)
1.00

Thromboplastine peu sensible à l'héparine

TEMPS DE CEPHALINE ACTIVEE

Temps du Témoin
Temps du Patient
(Synthasil, ACL ELITE PRO)
Ratio Patient / Témoin
(Synthasil, ACL ELITE PRO)

31.9 Sec. (28.0-37.0)
38.0 Sec. (25.0-42.0)
1.19 (0.80-1.30)

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

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

FACTURE N° : 2107052030

Casablanca le 05-07-2021

BB Jad SFART

Demande N° 2107052030

Date de l'examen : 05-07-2021

Analyses :

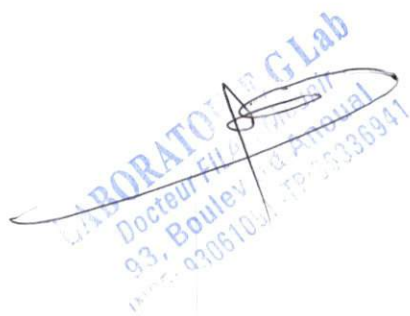
Récapitulatif des analyses

CN°	Analyse	Val	Clefs
PSA	Prélèvement sang adulte	E25	E
0216	Numération formule	B80	B
0229	Groupe ABO Rhésus	B60	B
0236	Taux de prothrombine	B40	B
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B

Total des B : 220

TOTAL DOSSIER : 320 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent vingt dirhams



LABORATOIRE G Lab
Docteur Filali Mounir
93, Boulevard Anoual
Tél : +212(0) 522 86 09 10 - Fax : +212(0) 522 86 08 95
GSM : +212(0) 6 68 43 91 31 / IF : 15188932 - TP : 36336941 - CNSS : 4157526
E-mail : contact@glab.ma - www.glab.ma - ICE : 001758930000090