

LABORATOIRE MELOUYA D'ANAYSES MEDICALES

Lot Numéro 34-3, bd Moulouya Lotissement Selouane, Oulfa Casablanca
Tél : 05.22.90.34.47 – Mail : labomelouya@gmail.com

197658

240305019

Organisme payeur : Mupras

Casablanca le 05-03-2024

M. CHIKHAOUI Ahmed

Récapitulatif des analyses

Analyse	Clé	Coefficient
Prélèvement Mupras	B	8
Vitesse de sédimentation	B	30
Vitamine D	B	450
Urée	B	30
Triglycérides	B	50
Marqueur Tumoral :Antigene prostatique spécifique : PSA	B	300
Phosphore minéral	B	40
Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B	80
Sodium	B	30
Potassium	B	30
Hémoglobine glycosylée	B	100
Glycémie	B	30
Ferritine	B	250
Cholestérol total	B	30
Créatinine	B	30
Chlore	B	30
Calcium	B	30
Acide urique sanguin	B	30
Transaminases 0 (TGO)	B	50
Transaminases P (TGP)	B	50
MDRD (Clairance créatinine estimée)	B	0

Total des B : 1678

TOTAL DOSSIER : 1497.02 DH

Arrêtée le présent devis à la somme de : mille quatre cent quatre-vingt-dix-sept dirhams deux centimes

BILAN BIOLOGIQUE

Le : 24.03.2014

Nom/Prénom : Ahmed el khayou

Age :

Sexe : H ☐ F ☐

Hématologie

- ☒ NFS
- ☐ Plaquettes
- ☒ VS
- ☐ CRP
- ☐ Hémoculture + Antibiotogramme

Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☒ Ferritine
- ☐ Transferrine

Hémostase

- ☐ Temps de prothrombine
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ INR

Bilan glycémique

- ☒ Glycémie à jeun
- ☐ HGPO
- ☒ Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

- ☒ Na⁺
- ☒ K⁺
- ☒ Cl⁻
- ☒ Ca⁺⁺
- ☐ Phosphore
- ☐ Mg⁺⁺
- ☐ Bicarbonates (HCO₃⁻)
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine
- ☒ Acide urique

Examen des urines

- ☐ Protéinurie des 24h
- ☐ ECBU + Antibiotogramme

Autres :

Fonction hépatique et enzymologie

- ☐ Amylasémie
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ Phosphatases ACIDES
- ☐ Phosphatases Alcalines
- ☐ Lactate Déshydrogénase LDH
- ☒ Transaminases ASAT, ALAT
- ☐ Gamma-GT
- ☐ CPK (Créatine Phosphokinase)
- ☐ Troponine
- ☐ Electrophorèse des protéines EPP

Sérologie et immunologie

- ☐ TPHA-VDRL
- ☐ Hépatite B
- ☐ Antigène Hbs
- ☐ Anticorps Anti-Hbs
- ☐ Anticorps Anti-Hbc
- ☐ Anticorps Anti-Hbe
- ☐ Hépatite C
- ☐ Anticorps Anti-HVC
- ☐ Sérologie Toxoplasmose
- ☐ Sérologie Rubéole
- ☐ Facteur Rhumatoïde (Latex, Waaler Rose)
- ☐ Anticorps anti-nucléaires
- ☐ Anticorps anti-DNA natif
- ☐ ASLO
- ☐ Dosage du complément
- ☐ Sérologie HIV

Examen parasitologique des selles + Coproculture

☐

Bilan lipidique

- ☒ Cholestérol total
- ☐ Cholestérol HDL
- ☐ Cholestérol LDL
- ☒ Triglycérides

Groupage sanguin et AC irréguliers

- ☐ ABO
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI

Bilan de la fonction thyroïdienne

- ☐ T3
- ☐ T4
- ☐ TSH

Bilan de la fonction rénale

- ☒ Créatinine
- ☒ Urée plasmatique

Exploration de la prostate

- ☒ PSA

Enzymes musculaires

- ☐ LDH
- ☐ CPK
- ☐ CPK-mb

Ionogramme urinaire

- ☐ Ca⁺⁺
- ☐ Phosphore
- ☐ Na⁺
- ☐ K⁺
- ☐ Cl⁻
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine

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 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.

Adresses Mails utiles

0 Réclamation : contact@mupras.com

0 Prise en charge : pec@mupras.com

0 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 76 18 - www.mupras.com

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

Déclaration de Maladie

N° M20- 0001231

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Aut

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2530 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHIKHAOU AHMED

Date de naissance : 30.06.52

Adresse : HABITUELLE

Tél : 0627586158 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04.03.2024

Nom et prénom du malade : CHIKHAOU AHMED Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : 04.03.2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-01231

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : 2530

Nom de l'adhérent(e) : CHIKHAOU

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019