

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ■ 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



Déclaration de Maladie

N° W19-444709

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	12581	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AMAR ANJASS			
Date de naissance : 06/07/1986			
Adresse : Res Cass Vieux GHB Imm 15 App 6			
Nasim II Cass			
Tél. : 0661221478	Total des frais engagés : 882,50 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	25/08/2018	Age:	31 ans
Nom et prénom du malade : AHAR ANJASS			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Tctère + 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 : 25/08/2019

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
25/08/2019	CS Granite			INP : 1D91000101449 Dr. TAFI BOUAFI Service de Coranologie Hôpital Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
25/08/2019	B 610		884,50 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	G			B			<p>DEBUT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DEBUT D'EXECUTION</p> <p>FIN D'EXECUTION</p> <p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p>
H	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
D	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
G																				
B																				
<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p>	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																			

le : 25/08/2019

Dr.SAFIR Soukaïna
Service de Cardiologie
CHU. Ibn Rochd - Casablanca

Ordonnance

Nom / Prénom : Mr Awear Awaas
Age :

- 1) SGOT / SGPT / VGT
- 2) Bilirubine T, L
- 3) CRP
- 4) TP
- 5) IgM HVA



Dr.SAFIR Soukaïna
Service de Cardiologie
CHU. Ibn Rochd - Casablanca

FACTURE N° 1908253055
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 25/08/2019

INPE : 093002574

Mr Anass AMAR

Demande N° 1908253055
Date de l'examen : 25/08/2019

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0316	Hépatite A :IgM	B250	B
0370	C R P (Protéine C réactive)	B100	B
	Bilirubine totale	B70	B
	TP(Quick, Protrombine)	B40	B
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B

Total des B : 610

Arrêtée la présente facture à la somme de : * 884.50 DH *
huit cent quatre-vingt-quatre dirhams cinquante centimes



Laboratoire Casalab Palmier

Docteur M.Bezzari - Médecin biologiste UCL Belqique



مختبر
التحليلات الطبية

Bilirubine totale

87,0 mg/L (0,0-12,0)

148,8 µmol/L (0,0-20,5)

64,0 mg/L (0,0-3,0)

109,4 µmol/L (0,0-5,1)

23,0 mg/L
39,3 µmol/L

Bilirubine conjuguée (directe)

(Diazoréaction)

Bilirubine libre (indirecte)

(calculée)

Domaine de référence pour les nouveau-nés :

24 heures > 80mg/L
48 heures > 130 mg/L
84 heures > 170 mg/L

Domaine de référence pour les Enfants :

>1 mois < 10 mg/L

Protéines Spécifiques

Protéine C-Réactive

12,2 mg/L (<5,0)

(Technique par immunoturbidimétrie)

Valeurs de référence : Adultes < 5 mg/L .

SEROLOGIE DE L'HEPATITE A

IgM anti-VHA

(ECLIA, COBAS 6000.)

POSITIF

Indice

5,96 S/Co (<0,80)

Interprétation :

Si Indice < 0.8 S/Co	=	NEGATIF
Si Indice entre 0.8 et 1.20 S/Co	=	DOUTEUX
Si Indice > 1.20 S/Co	=	POSITIF

(RC) : Résultat contrôlé

Validation biologique par : Le Dr M. JENANE

Le Dr M. BEZZARI



Dossier n° 1908253055 de Mr Anass AMAR

2 / 2

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES CASALAB PALMIER

50, rue Al Mortada - PALMIER - CASABLANCA

•Télé : 0522 98 83 83 • Fax : 0522 236729 •GSM : 0678 737371 – 0662 185698 •Email : accueil.casalab@gmail.com

•www.casalabpalmier.com •IF : 42502291 •Patente : 34771789 •CNSS : 6576120 •ICE : 001668258000051



URGENT

LABORATOIRE CASALAB PALMIER®

Dossier N° : **1908253055** Patient N° : 1908253053
 Résultats de : **Mr Anass AMAR**
 Né(e) le : 06/07/1988 – 31 ans
 N° CIN : BK336442
 RES CASAVIEW IMM 15 APP 50 NASSIME 2

Monsieur Le Pr ABDELFATTAH CHAKIB (Maladies infectieuses et tropicales)
 Chu Ibno Rochd Maladies infectieuses et tropicales
 21000 CASABLANCA

Edition du : 27-08-2019 à 17:03
 Dossier enregistré le 25-08-2019 18:24 par MA

Prélèvement du à par

< Compte-rendu annule et remplace le rapport du 25/08/2019 validé techniquement par : TAI >

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

HEMOSTASE

Taux de Prothrombine(plasma Citraté)

Temps de Quick Témoin: 11,0 sec.

Temps de Quick Patient(TPs): 11,0 sec.

Taux de Prothrombine(TP%): 100 % (70–100)

INR : 1,00

(Réfraction optique)

En cas de traitement par AVK (Sintron, Marcoumar, x), les INR cibles selon la pathologie sont :

Le TVP et Embolie pulmonaire : 2 - 5

Syndrome Antiphospholipide : 3 - 5

Valves Cardiaques : 3 - 5

Thrombophilie congénitale symptomatique : 2 - 5

Commentaire: En cas de surdosage, se référer à la synthèse de l HAS publiée en avril 2008

BIOCHIMIE

Enzymologie

Transaminases GOT (ASAT) 434 U/L (0-40)

(Dosage enzymatique)

Transaminases GPT (ALAT) (RC) 1 448 U/L (0-41)

(Dosage enzymatique)

Gamma glutamyl-transferase (GGT) 825 U/L (10-70)

(Test colorimétrique enzymatique)



Dossier n° 1908253055 – Mr Anass AMAR