

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

- | | |
|--|-----------------------|
| <input type="radio"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="radio"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="radio"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **13468**

Société : **Royal Air Maroc**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **EL OUERRIFI SARA**

Date de naissance : **08-01-1995**

Adresse : **1st N°4 Résidence Elba app.15 étage Casablanca - Quifa - Casablanca**

Tél. : **06 39 86 91 34**

Total des frais engagés : **4653,75** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **25/08/2023**

Nom et prénom du malade : _____

Lien de parenté : **Lui-même**

Conjoint

Age : _____

Enfant

Nature de la maladie : **Affection Neurologique**

Affection longue durée ou chronique : **ALD** **ALC** Pathologie : _____

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 : _____ / _____ / _____

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 Pement des Actes
du 25/08/2023	voix	300,00		
du 27/08/2023 29/08/23	facture Contrat, Contrat	4013,35		
				DR. MESSING - M. MADIN Assurance maladie 740 à 40 223 000

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
P HARMACIE TILILA e d'Aménagement H.H. 47 N° H Hay Lamjed - Hay Hassani T 022.93.86.84 - Fax:022.93.87.15	29/08/23	340.60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

فوسيديين 2%
كريم أنبوب من 15 غ

إكزو ميديم
عابر للجلد
اكراميدين

Casablan
Electroel
Electron



قارورة 60 مل

14,00



Adultes et enfants

EXP 12-2025
LOT ZEMA

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnoou al aquam roches
mieres casablanca
INEXIUM
20 mg
Boite 14
84015DMP/21NRC P.P.V.82,10 DH
6 118001 020-91



دواء إنتهي للاعصاب والعضلات

unca, le : 25/08/23.....

Cher Dr Jnine,

Permettez-moi de vous adresser Mme

El ouerbi Sara , ayant une myérite dorsale
à bilan négatif nécessitant un bolus de 03 jours

avec surveillance de la glycémie au

lors de perfusions (Glumédose 18U à faire
passer dans du sérum saline +++)

cordialement

N.B. Merci de vérifier le bilan
préalable avant les perfusions
(NFS / CEP)

DJHAREEM Zaynab
Renaissance
Imm. GH1, 1er étage
Bd Al Qods, Ain Chock
Tél. 0522872828

إقامة القدس، العمارة GH1 ، الطابق الأول، الشقة 12 (فوق Fragola)، شارع القدس، عين الشقق
Rés. Al Qods, Imm GH1, 1^{er} étage, App 12 (au dessus Fragola), Bd Al Qods, Ain Chock

0522872828

0659932215

dr.zaynabhakeem@gmail.com

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

12/2022
12/2025
0722010

V002 - 01/21
ETEXMAC030CP



3 760162 579741

Date de fabrication :
A consommer de
préférence avant fin :
N° de lot :

PPC = 95,00 DHS

12/2022
12/2025
0722010

V002 - 01/21
ETEXMAC030CP



3 760162 579741

Dr Zaynab Abdulhakeem

NEUROLOGUE - NEUROLOGIST

Lauréate de la faculté de médecine et de
pharmacie de Casablanca

Ancien médecin du CHU Ibn Rochd de
Casablanca

Electroencéphalographie (EEG)

Electroneuromyographie (ENMG)



الدكتورة زينب عبد الحكيم

أخصائية في أمراض المخ و الجهاز العصبي

خرجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار

البيضاء

الخطيط الكهربائي للمخ

الخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le : ٢٥/٠٨/٢٣.....

Mme Sara El ouerbi

NPS

CRP

إقامة القدس، العمارة GH1 ، الطابق الأول، الشقة 12 (فوق Fragola)، شارع القدس، عين الشق

Rés. Al Qods, Imm GH1, 1^{er} étage, App 12 (au dessus Fragola), Bd Al Qods, Ain Chock

📞 0522872828

📞 0659932215

✉ dr.zaynabhakeem@gmail.com

Lauréate de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Ancien médecin du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Electroencéphalographie (EEG)

Electroneuromyographie (ENMG)



Adultes et enfants

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار

البيضاء

التخطيط الكهربائي للدماغ

التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le : 29/08/23....

Mme Sara El Ouerbi

18.10

① Inexium 30g (S.V)

1 gél/j le matin avant repas

14.60

② Doliprane 1000 mg (S.V)

1cp KB/j (sibesoin)

14.100

③ Hexamidine transdermique

1 app x 2/j

39.70

④ Fucioline pommade dermatique

1 app x 2/j

9/100 x 2

⑤ Extramax

1 cp/j le soir poft

~~PHARMACIE TILILA~~
Voie d'Aménagement n° 47 N° H
Hay Laylaoui - Hay Hassan
Tél: 022.93.86.84 - Fax: 022.93.87.15

DR ZAYNAB ABDULHAKEEM



M de Tj

{



2 mois

340.40



إقامة القدس، العمارة GH1 ، الطابق الأول، الشقة 12 (فوق Fragola)، شارع القدس، عين الشق

Rés. Al Qods, Imm GH1, 1^{er} étage, App 12 (au dessus Fragola), Bd Al Qods, Ain Chock

0522872828

0659932215

dr.zaynabhakeem@gmail.com

CASABLANCA

Reçu de caisse

N° : 2309071726350160 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
H2307564	EL OUERBI SARA	07/09/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		4 013,35
PAYANT	Total payé	4 013,35
QUATRE MILLE TREIZE DIRHAMS TRENTE-CINQ CENTIMES		

Reçu établi par : HANANE

532 BD Panamericaine - Casablanca
Tél. : 05 22 77 25 00, (G)
Fax : 05 22 77 25 00, (G)

CLINIQUE AL MADINA



COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Madame EL OUERBI SARA âgée de 28 ans, suivi pour une myélite dorsale en décompensation.

La malade a été hospitalisée le 25 août 2023 un bolus de corticothérapie en raison de 1 g par jour pendant trois jours.

**Le malade est déclaré sortante le
à la fin du traitement.**

CLINIQUE AL MADINA
Dr. Dahbaoui Yahia
Anesthésiste Réanimateur
INPE : 061293718
Tel : 05 22 77 77 40 à 49 / Fax : 05 22 25 00 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 25/08/2023 Heure 18:48

Nom et Prénom du patient Mme EL OUERBI SARA Age ou Date Naissance 29 - 08/01/1995

N° Cin du patient ou du tuteur AA37191

Adresse IMM N APPT 18 RES SOUS LIEUTENANT FAOUZI JARINI EL MENZH/

Téléphone 06.39.86..91.34/0668548491

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant ABDULHAKEM ZAYNAB

Durée prévue d'hospitalisation (jours) :

2
2.00

Motif d'hospitalisation BOLUS DE CORTICOIDES

Affiliation à une couverture maladie OUI

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT - MUPRAS

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 27/08/2023

Heure 11:25

Durée d'hospitalisation (jours)

2

Nom et prénom du signataire

Signature

Le : 27/08/2023

Références

22 134 / PAYANT

Entrée / Sortie : 25/08/2023 - 27/08/2023

Le Dr. DAHBAOUI YAHIA

présente à Mme EL OUERBI SARA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
1 000.00 Dhs MILLE DIRHAMS

et le - la prie d'agrérer l'expression de ses sentiments distingués



Cachet et signature

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	EL OUERBI SARA	N° Facture	22 134	H2307564
Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant	
METHYLPREDNISOLONE 500 MG INJECTA (10)(1)	5	65.40	327.00	
OMEPRAZOLE SP 40MG INJECTA (01)	3	54.80	164.40	
Sous-Total médicaments			491.40	
BANDE DE GAZE 3M*10CM (01)	1	0.98	0.98	
INTRANULE ROSE 20 G (100)(1)	1	1.82	1.82	
NACL POCHE 500ML (01)	3	21.00	63.00	
PERFUSEUR AVEC ROBINE (01)	1	6.50	6.50	
SERINGUE 10CC (01)	5	1.69	8.45	
Sous-Total consommable médical			80.75	
<i>(*) Conditionnement hospitalier</i>		Total pharmacie	572.15	



CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N°: 22134 / 2023 du 28/08/2023

Nom patient **EL OUERBI SARA** Entrée 25/08/2023
PAYANT Sortie 27/08/2023

BOLUS DE CORTICOIDES

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SEJOUR	2.00	FC	500.00	1 000.00
AMI	2.00		300.00	600.00
FRAIS CLINIQUE	1.00	URG	600.00	600.00
			<i>Sous-Total</i>	2 200.00
PHARMACIE	1.00		572.15	572.15
			<i>Sous-Total</i>	572.15
Total Clinique				2 772.15

DR. DAHBAOUI YAHIA (anesthesiste)	2.00	500.00	1 000.00
		<i>Sous-Total</i>	1 000.00
LABO SEBTA (biologie)	1.00	241.20	241.20
		<i>Sous-Total</i>	241.20
Total Autres prestations			1 241.20

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE MILLE TREIZE DIRHAMS TRENTE-CINQ CENTIMES	<i>PAVÉE EN ESPÈCES</i> <i>Le 27/08/2023</i>	Total	4 013.35
---	---	--------------	-----------------

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA



ORDONNANCE

25.08.2023

Nais: 08/01/1995 NA
Entr: 25/08/2023 PAYANT
DR.ABDULHAKEEM ZAYNAL



H2307564

Mme EL OUERBI SARA

Nais: 08/01/1995 NA
Entr: 25/08/2023 PAYANT

NFS

CRP

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SÉBTA
Facturation
24, Rue Savoie, RDC de la Rés Savoie
20360 Casablanca
TEL: 05 22 27 26 22 FAX: 05 22 27 78 87
contact@labo-sas.com

CLINIQUE AL MADINA
Medecin Reconnu Membre
de l'Ordre des Médecins
de l'Ordre des Médecins

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél: 05 22 77 77 40 à 49 - Fax: 05 22 25 00 01
05 22 25 00 01
05 22 25 00 01

EL OUERBI SARA



MADINA
08-01-1995

SCAN ORDO

CLINIQUE AL MADINA
Medecin Reconnu Membre
de l'Ordre des Médecins
de l'Ordre des Médecins



Dr. LOUAHABI AMAL

Mme. SARA EL
OUERBI
Boulevard panoramique CLINIQUE EL
MADINA

NOTE D'HONORAIRES

Dossier : 2308253041 du : 25-08-2023 à 22:30



PPRESCRIPTEUR :

ACTE :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0216	Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)	B80	B
0370	C R P (Protéine C réactive)	B100	B

FACTURATION:

Total en DH : 241.2

deux cent quarante et un dirhams vingt centimes

En vous remerciant pour votre confiance, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

CASABLANCA, le Vendredi 25 Août 2023



LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA
Facturation
24, Rue Savoie, RDC de la Rés Savoie
20360 Casablanca
TEL: 05 22 27 26 22 FAX: 05 22 27 78 87
contact@laboratoire-sebta.com



مختبر البيولوجيا سبطة
للتحاليل الطبية والمتخصصة
LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA
D'analyses médicales et spécialisées

Dr. LOUAHABI AMAL

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

09-07-2023

Protéine C-réactive (CRP us) (RC)
(Immunoturbidimétrie)

30.0 mg/L

(<10.0)

7.0

(RC) : Résultat contrôlé

Ce prélèvement a été réalisé en dehors de notre laboratoire. Sa qualité et l'authenticité des renseignements fournis restent sous la responsabilité de la structure où il a été réalisé.

VALIDATION BIOLOGIQUE :

Amal LOUAHABI



LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA
Facturation
24, Rue Savoie, RDC de la Rés Savoie
20360 Casablanca
TEL: 05 22 27 26 22 FAX: 05 22 27 78 87
contact@labo-lbs.com



Dr. LOUAHABI AMAL

Mme. EL OUERBI SARA

CLINIQUE EL MADINA Boulevard panoramique



DDN :08-01-1995
Dossier :2308253041
Du : 25-08-2023 à 21:43

2308253041
Boulevard panoramique CLINIQUE EL MADINA
Compte-rendu complet
A MAILER

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

HEMATOCYTOLOGIE Echantillon sang total EDTA

HEMOGRAMME

SYSMEX XT 4000i, JAPON

09-07-2023

Leucocytes :	5.67	Milles/ μ L	(3.90-10.20)	4.92
Hématies :	4.26	Millions/ μ L	(3.90-5.40)	4.49
Hémoglobine :	12.1	g/dL	(12.0-15.6)	12.6
Hématocrite :	36.0	%	(35.5-45.5)	38.2
VGM :	84.5	fL	(80.0-99.0)	85.1
TCMH :	28.4	pg	(27.0-33.5)	28.1
CCMH :	33.6	g/dL	(30.0-36.0)	33.0
RDW :	13.3	%	(0.0-18.5)	12.9
Polynucléaires Neutrophiles :	58.4	%		69.7
Soit:	3.31	Milles/ μ L	(1.50-7.70)	3.43
Polynucléaires Eosinophiles :	1.6	%		0.6
Soit:	0.09	Milles/ μ L	(0.02-1.10)	0.03
Polynucléaires Basophiles :	0.0	%		0.0
Soit:	0.00	Milles/ μ L	(<0.35)	0.00
Lymphocytes :	31.7	%		23.0
Soit:	1.80	Milles/ μ L	(>1.00)	1.13
Monocytes :	8.3	%		6.7
Soit:	0.47	Milles/ μ L	(0.10-2.70)	0.33
IG%	0.0	%		0.2
Plaquettes :	176	Milles/ μ L	(150-370)	188
VPM	12.0	fL		12.4

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA
Facturation
24, Rue Savoie, RDC de la Rés Savoie
20360 - Casablanca
TEL: 05 22 27 26 22 FAX: 05 22 27 78 87
contact@labo-lbs.com