

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

- 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'He
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie
M23-013858

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13468 Société : Royal Air Maroc
☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :
Nom & Prénom : EL OUEB I SARA A 74992
Date de naissance : 08-01-1995
Adresse : Lot N°4 Résidence Oued el Kheir 15 Etage 2 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 : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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) :

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
du 25/08/2023	voies	3000H		
du 27/08/2023	facture	4013,35		
29/08/23	Contrôle	Crédit		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/08/23	340.40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

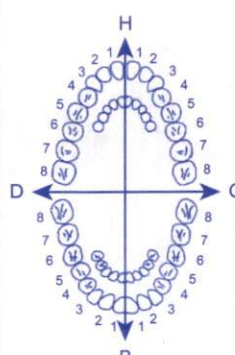
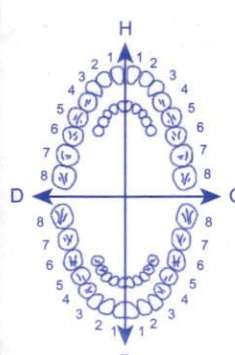
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

فوسيديين 2%
كريم أنبوب من 15 غ

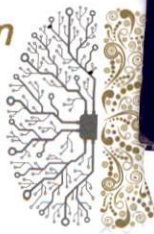
إكزوميديين

عابر للجلد
إكزاميديين

Casablai
Electroel
Electron



قارورة 60 مل



Adultes et enfants

EXP 12-2025
LOT ZEMA

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al mouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boite 14
8401SDMP/21NRQ P.P.V. 82,10 DH
6 118001 020991



مسحوق الحبوب لى للأعصاب والعضلات

14,00

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

Cher Monsieur,

Permettez-moi de vous adresser Mme
El ouerbi Sam, ayant une myélite dorsale
à bilan négatif nécessitant un bolus de 03 jours
avec surveillance de la TA + glycémies au
cours de perfusions (Blumédrol 18g à faire
passer dans du sérum Salé+++)

Cordialement

NB: Merci de vérifier le bilan
préalable avant les perfusions
(NFS / CRP)

Dr. HAKSEM Zaynab
Médecine
Imm GH1, 1er étage
Bd Al Qods, Ain Chock
Tél: 06 599 32 215

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

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

PPC = 95,00 DHS

V002 - 01/21
ETEXMAC030CP



12/2022
12/2025
0722010



3 760162 579741

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

PPC = 95,00 DHS

V002 - 01/21
ETEXMAC030CP



12/2022
12/2025
0722010



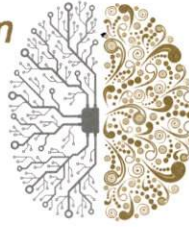
3 760162 579741

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)



Adultes et enfants

الدكتورة زينب عبد الحكيم

أخصائية في أمراض الدماغ و الجهاز العصبي

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار
البيضاء

التخطيط الكهربائي للدماغ
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le : 25/08/23

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

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)



Adultes et enfants

الدكتورة زينب عبد الحكيم

أخصائية في أمراض الدماغ و الجهاز العصبي

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء

التخطيط الكهربائي للدماغ
التخطيط الكهربائي للأعصاب والعضلات

Casablanca, le : 29/8/23

Mme Sara El Ouerti

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement n° 47 N° H
Hay Layoune - Hay Hassani
Tél : 022 93.86.84 - Fax : 022.93.87.15

98.10

① Inexium large (S.V)

1 gel/j le matin avant repas

14.60

② Doliprane 1000 mg (S.V)

1 cp x 3/j (si besoin)

14.00

③ Hexomidine transdermique (S.V)

1 app x 2/j

39.70

④ Fucidine pommade dermique (S.V)

1 app x 2/j

91.00 x 2

⑤ Extramax (S.V)

1 cp/j le soir pour 2 mois

340.40

إقامة القدس، العسارة 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

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 TRENTÉ-CINQ CENTIMES		

Reçu établi par : HANANE

CLINIQUE AL MADINA
532 Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 & 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01
CAISSE



COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Madame EL OUERBI SARA âgée de 28 ans, suivi pour une myelite 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 MENZHA

Téléphone 06.39.86..91.34/0668548491

Personne à appeler en cas d'urgence .

Médecin traitant ABDULHAKHEEM 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'agréer 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 POCHÉ 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
Total pharmacie			572.15

(*) Conditionnement hospitalier

CLINIQUE AL MADINA
 532, Bd Panoramique - Casablanca
 Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
 Fax : 05 22 25 60 01

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 22134 / 2023 du 28/08/2023

Nom patient **EL OUERBI SARA**
PAYANT

Entrée 25/08/2023

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
			Sous-Total	2 200.00
PHARMACIE	1.00		572.15	572.15
			Sous-Total	572.15
Total Clinique				2 772.15

DR. DAHBAOUI YAHIA (anesthésiste)	2.00		500.00	1 000.00
			Sous-Total	1 000.00
LABO SEBTA (biologie)	1.00		241.20	241.20
			Sous-Total	241.20
Total Autres prestations				1 241.20

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	4 013.35
QUATRE MILLE TREIZE DIRHAMS TRENTE-CINQ CENTIMES			

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

ORDONNANCE

25.08.2023

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

 H2307564

Mme EL OUERBI SARA
Nais: 08/01/1995 NA
Enter: 25/08/2022 DAW/ABIT

NFS

CRP

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA
Facturation
24, Rue Savoie, RDC de la Rés Savoie
20380 Casablanca
TEL: 05 22 27 26 22 FAX: 05 22 27 78 87
contact@labo-bs.com

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40
Fax : 05 22 25 00 91

EL OUERBI SARA

3

MADINA

00-01-1995



SCAN ORDO



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

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@labo-sebta.com



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

Dr. LOUAHABI AMAL

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

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

30.0 mg/L

(<10.0)

09-07-2023

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

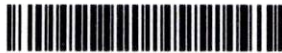


مختبر البيولوجيا سبتة
للتحاليل الطبية والمتخصصة
LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA
D'analyses médicales et spécialisées

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