

## 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

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-674137

99432

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1846 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RHAZOUANI MOHAMMED EL MAHFOUD

Date de naissance : 07-10-54

Adresse : R.S. ANDALOUSIA INN 83

APT 3 CABA

Tél. : 06146619 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin **Docteur B. MAKHLOUK**

Cachet du médecin :

Anesthésiste - Réanimateur  
Diplômé de l'Université de Paris  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : RHAZOUANI MOHAMMED EL MAHFOUD

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

Nature de la maladie : Transfusion

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :



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
16/12/21	C <sub>2</sub>		G	INP : 01091063

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/12/21	B <sub>80</sub>	157,20

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



**Clinique**  
**Abdelmoumen**  
Multidisciplinaire

مصحّة عبد المومن  
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le 16/12/2011

M. RHAZOUANI MOHAMMED A MAHFOUD

Transfuser de UN (ON)  
Culot globulaire.

**Docteur M. ELLOUK**  
Anesthésiste - Réanimateur  
Diplômé de l'Université de Paris  
Ancien Directeur du Hôpital de Paris



**Clinique**  
**Abdelmoumen**  
Multidisciplinaire

مصحة عبد المومن  
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le 16/12/21

RHAZOUANI MOHAMMED ELMAHFOUD

NFS

مصحة عبد المومن  
متعددة الاختصاصات  
Bd. Abdelmoumen, France Ville - Casablanca  
Tél: 05 22 98 02 98 - Fax: 05 22 98 05 06

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA  
24, Rue Savoie - Casablanca  
Tél: 05 22 98 02 98 - Fax: 05 22 98 05 06  
Dr. MAKHOULOUK  
Médecin - Réanimateur  
Diplômé de l'Université de Paris  
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris





# مختبر البيولوجيا سبتة للتحاليل الطبية و المتخصصة

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA  
d'analyses médicales et spécialisées



M. RHAZOUANI MOHAMED EL MAHFOUD

CLINIQUE ABDELMOUMEN

**FACTURE N° 211200258**

Dossier : 2112161033 du : 16-12-2021 à 18:06



**PPRESCRIPTEUR :**

**ACTE :**

Analyses : NF, EXT, ASPECT, CENTRI

**FACTURATION:**

**Total en DH : 157.2**

cent cinquante-sept dirhams vingt centimes

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

CASABLANCA, le Jeudi 23 Décembre 2021

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA  
Facture  
24, Rue Savoie - 20100 Casablanca. TEL : 05 22 27 26 22 FAX : 05 22 27 78 87  
TEL: 05 22 27 26 22 contact@labo-lbs.com

Page 1 sur 1



M. RHAZOUANI MOHAMED EL MAHFOUD



2112161033

DDN : 07-10-1954

Dossier : 2112161033

Du : 16-12-2021 à 18:06

Prélèvement du : 16-12-2021 reçu dom

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

CLINIQUE ABDELMOUMEN  
Compte-rendu complet

**HEMATOCYTOLOGIE** Echantillon sang total EDTA

**HEMOGRAMME**

SYSMEX XT 4000i, JAPON

Leucocytes :	10.70	Milles/ $\mu$ L	(3.60-10.50)
Hématies :	4.12	Millions/ $\mu$ L	(4.00-5.65)
Hémoglobine :	10.9	g/dL	(12.5-17.2)
Hématocrite :	34.3	%	(37.0-49.0)
VGM :	83.0	fL	(80.0-101.0)
TCMH :	26.5	pg	(27.0-34.0)
CCMH :	31.9	g/dL	(30.0-36.0)
RDW :	15.3	%	(0.0-18.5)
Polynucléaires Neutrophiles :	78.9	%	
Soit:	8.44	Milles/ $\mu$ L	(1.50-7.70)
Polynucléaires Eosinophiles :	1.1	%	
Soit:	0.12	Milles/ $\mu$ L	(0.02-1.10)
Polynucléaires Basophiles :	0.6	%	
Soit:	0.06	Milles/ $\mu$ L	(<0.35)
Lymphocytes :	13.9	%	
Soit:	1.49	Milles/ $\mu$ L	(>1.00)
Monocytes :	5.5	%	
Soit:	0.59	Milles/ $\mu$ L	(0.10-2.70)
Plaquettes :	231	Milles/ $\mu$ L	(160-370)
VPM	10.1	fL	

Edition validée par : Amal LOUAHABI

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.

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

Page 1 sur 1



INPE: 093060820

**BON d'ATTRIBUTION**  
NUMERO 0000000758370

**Date et heure** 13/12/2021 - 18:33  
**Etablissement** CLINIQUE ABDELMOUMEN (05PRI00039)  
bd abdlmoumen 27 rue imam bous

**Malade no** 0769344  
**Nom et prenom** RHAZOUANI MED EL MAHFOI  
**Sexe / ne(e) le**  
**Groupe sanguin** O Positif

**Service**  
**Ref. commande** 1006043487

**CGR DON HOMOLOGUE (3H000)**

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05194722055		O +		1	24/01/2022		250

**TOTAL**

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H000 / - CGR DON HOMOLOGUE	1	250	360/poche	360

**Signature responsable**

MOHAMED.R





# CENTRE REGIONAL DE TRANSFUSION SANGUINE CASABLANCA

## DEMANDE DE PRODUITS SANGUINE LABILE

HOPITAL, CLINIQUE :



1006043487

DATE ET HEURE DE RECEPTION DE LA DEMANDE :

Identité du patient	Demande d'analyses
Nom : <u>Rhouni</u>	Groupe ABO Rhésus - Kell 1 <sup>er</sup> Détermination <input type="checkbox"/>
Prénom : <u>Abdelhak</u>	Groupe ABO Rhésus - Kell 2 <sup>ème</sup> Détermination <input checked="" type="checkbox"/>
Né(e) le : <u>1954</u> Sexe M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) <input type="checkbox"/>
Poids : .....	Test de Coombs Direct : (TDC) <input type="checkbox"/>
	Si nouveau né groupage de sa mère obligatoire
Diagnostic : <u>limon Neo du système</u>	
- RAI : Résultats : ..... Date de la dernière transfusion : .....	
- NFS + Plaquettes datant de moins de 24h - groupe du PSL Transfusé	
<b>DEMANDE DE PRODUITS SANGUINS LABILES</b>	
<b>GROUPE SANGUINS :</b> 1 <sup>er</sup> Détermination : <u>O+</u> 2 <sup>ème</sup> Détermination : ..... (2 déterminations sont obligatoires pour la livraison)	
<b>Concentré de Globules Rouge</b>	<b>Concentré de Plaquettes</b>
<b>Plasma frais Congelé</b>	
Nombre d'unités : <u>200</u>	Nombre d'unités : <u>40</u>

### N.B : LES RÉSULTATS DU DERNIER HEMOGRAMME SONT EXIGES

Joindre photocopie de la NFS + Plaquettes du laboratoire. Deux de Termination de groupage

Date et heure prévues de la transfusion

13/12/2021

- CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT ET

- CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN (Obligatoire)

LIRE LES INFORMATIONS AU VERSO DE LA COUVERTURE DU CARNET.