

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

N° W21-674137

gg 432

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 18 UFL

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RHAZOUANI MOHAMMED EL MATHFOUD

Date de naissance :

07-10-54

Adresse :

APT 8

CASA

Tél. : 06 61 46 26 19

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin : Docteur B. MAKHLOUK

Anesthésiste - Réanimateur

Diplômé de l'Université de Paris

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : RHAZOUANI MOHAMMED

Age : EL MATHFOUD

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 :

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
16/12/21	C ₂		G	INP : 011017063 Docteur B. M. <i>Assiste à Réaliser la visite de ville</i>

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

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



**Clinique
Abdelmoumen**
Multidisciplinaire

مصحة عبد المؤمن
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le

16/12/2011

M'RHAZOUANI MOHAMMED el MAMFUD

Transfert du UN (JA)
Culot gynécolaire.

Docteur Dr. Nabil LOUK
Ancien élève de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
Ancien étudiant de l'Université de Paris
Ancien étudiant de l'Université de Paris
Ancien étudiant de l'Université de Paris



**Clinique
Abdelmoumen**
Multidisciplinaire

مصحة عبد المؤمن
متعددة الاختصاصات

Casablanca, le

٢٦/١٢/١٤

RHAZOUANI NOHAMMED ELMAKFoud

NFS

Dr. عبد المؤمن
مصحة عبد المؤمن
متعددة الاختصاصات
8d. Abdelmoumen, France Ville - Casablanca
Tel: 05 22 98 02 98 - Fax: 05 22 98 02 97

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBIA
24 Rue de Saussure - Casablanca - 05 22 77 887
Dr. MAKHLOUK
Télé: 05 22 98 02 98
Dermatologue - Réanimateur
Bordeaux - Université de Paris
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

شارع عبد المؤمن، 27، زنقة الإمام البصيري - فرانس فيل - الدار البيضاء
Bd. Abdelmoumen, 27 Rue Al Imam Boussairi - France Ville - CASABLANCA
Tél. : 05 22 98 02 98 (L.G.) - Fax : 05 22 98 05 06
E-mail : cliniqueabdelmoumen@gmail.com



مختبر البيولوجيا سبطة للتحاليل الطبية والمتخصصة

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

24 rue Savoie - RDC de la Résidence Savoie - 20100 Casablanca. TEL : 05 22 27 26 22 FAX : 05 22 27 78 87 URGENCES : 06 74 65 13 13
Web : www.labolbs.com E-mail: contact@labolbs.com CNSS : 8992332 Patente : 3633734 IF : 18764979 ICE : 001670417000055 IBAN (BMCI) : 013 780 01245 00000600122 RIB 48
INPE: 093060820

Page 1 sur 1





LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA
Analyses médicales et biologie spécialisée

M. RHAZOUANI MOHAMED EL MAHFoud



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.

2112161033

CLINIQUE ABDELMOURAEN
Compte-rendu complet

HEMATOCYTOLOGIE Echantillon sang total EDTA

HEMOGRAMME

SYSMEX XT 4000i, JAPON

Leucocytes :
Hématies :
Hémoglobine :
Hématocrite :
VGM :
TCMH :
CCMH :
RDW :

10.70	Milles/ μ L	(3.60-10.50)
4.12	Millions/ μ L	(4.00-5.65)
10.9	g/dL	(12.5-17.2)
34.3	%	(37.0-49.0)
83.0	fL	(80.0-101.0)
26.5	pg	(27.0-34.0)
31.9	g/dL	(30.0-36.0)
15.3	%	(0.0-18.5)

Polynucléaires Neutrophiles :

Soit:

78.9 %

8.44 Milles/ μ L (1.50-7.70)

Polynucléaires Eosinophiles :

Soit:

1.1 %

0.12 Milles/ μ L (0.02-1.10)

Polynucléaires Basophiles :

Soit:

0.6 %

0.06 Milles/ μ L (<0.35)

Lymphocytes :

Soit:

13.9 %

1.49 Milles/ μ L (>1.00)

Monocytes :

Soit:

5.5 %

0.59 Milles/ μ L (0.10-2.70)

Plaquettes :

VPM

231 Milles/ μ L (160-370)

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.

Page 1 sur 1

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



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 :

Docteur Aissaoui
Diplôme d'Antien Anesthésie
et Réanimation
Université de Paris
13/12/2021

Identité du patient	Demande d'analyses	
Nom : <i>Rahmane</i>	Groupe ABO Rhésus - Kell 1 ^{er} Détermination <input type="checkbox"/>	
Prénom : <i>Djalma</i>	Groupe ABO Rhésus - Kell 2 ^{ème} Détermination <input checked="" type="checkbox"/>	
Né(e) le : <i>1954</i> Sexe M <input type="checkbox"/> F <input checked="" 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 <input type="checkbox"/>	
Diagnostic : <i>L'anémie Néo bleue</i>		
- RAI : Résultats : Date de la dernière transfusion :		
- NFS + Plaquettes datant de moins de 24h - groupe du PSL Transfusé		
DEMANDE DE PRODUITS SANGUINS LABILES		
GROUPE SANGUINS : 1 ^{er} Détermination : <i>O+</i> 2 ^{ème} Détermination :		
(2 déterminations sont obligatoires pour la livraison)		
Concentré de Globules Rouge	Concentré de Plaquettes	Plasma frais Congelé
Nombre d'unités : <i>2</i>	Nombre d'unités :	Nombre d'unités : <i>4</i>

N.B : LES RÉSULTATS DU DERNIER HEMOGRAMME SONT EXIGES

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

- CACHET DE L'ÉTABLISSEMENT ET

- CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN (Obligatoire)

Date et heure prévues de la transfusion *13/12/2021*

LIRE LES INFORMATIONS AU VERSO DE LA COUVERTURE DU CARNET.