

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 de caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-785892

155496

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	05936	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : AYOUD HASSAN			
Date de naissance : 14/09/1964			
Adresse : MAY MY ABDELLAH QUE 229 NRU AFNCHOU			
Tél. : 066 140 3847	Total des frais engagés : 407,20 Dhs		

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :	AYOUD HASSAN		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
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 : 07/03/2022
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/02/23	CS		52	INP : 09 MADINA CLINIQUE EL MADINA GROUPE REAMADINA 101 GERRADA Ouissem 101 HADDAD Wafaa 101 LARHIDI Youness 101 ARTEL Anvar

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/02/23	530000

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE DE BIOLOGIE SERTA 24, Rue Saverne, BP de la Résidence 20360 Casablanca TEL: 05 22 27 26 22 FAX: 05 22 87 78 87 contact@laboratoireserta.com	04/02/23	B.80	107,20 DH
<p>Laboratoire de biologie selta LBS 093060820</p> <p>INPE 000064270</p>			

EXAMENS MEDICAUX

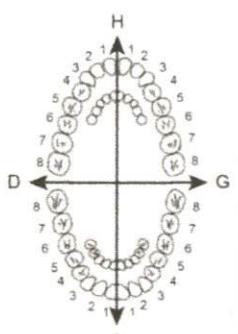
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

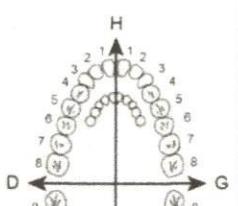
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

14/09/64

AL MADINA
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE



المدينة

مصحة متعددة الاختصاصات

ORDONNANCE

4/02/23

Nais: 14/09/1964 NA
Entr: 01/02/2023 MUPRAS
DR.AZIZ ALAOUI MOHAMMI



H2301477

Mr AYOUJ HASSAN

Nais: 14/09/1964 NA

NFS

ST
AFMcc



LABORATOIRES BIOLOGIE SERTA
Faculté de médecine
24, Rue Sidi Abdellah Ben Yousfi - Casablanca
20360
TEL: 05 22 77 60 00 Fax: 05 22 27 76 37
contact@labo-lbs.com

CLINIQUE AL MADINA
Médecin Réanimateur
de Garde



مختبر البيولوجيا سبطة
للتحاليل الطبية والمتخصصة

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA
d'analyses médicales et spécialisées



M. AYOUJ HASSAN

Boulevard panoramique CLINIQUE EL MADINA

FACTURE N° 230200079

Dossier : 2302043015 du : 04-02-2023 à 12:10



PPRESCRIPTEUR :

ACTE :

Analyses : NF, EXT, ASPECT, CLI, V, CENTRI, M

FACTURATION:

Total en DH : 107.2

cent sept dirhams vingt centimes

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

CASABLANCA, le Mercredi 08 Février 2023

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA
Facturation
24, Rue Savoie RDC de la Résidence Savoie
20000 Casablanca
TEL: 05 22 27 26 22 FAX: 05 22 27 78 87
e-mail: contact@labo-lbs.com

Page 1 sur 1



Ouvert du Lundi au vendredi de 7h30 à 16h30, le Samedi de 8h à 12h30. Urgences 24/24

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@labo-lbs.com CNSS : 8992332 Patente : 3633734 IF : 18764979 ICE : 001670417000055 IBAN (BMCI): 013 780 01245 00000600122 RIB 46
INPE: 093060820





ORDONNANCE

2e 04/02/2023

Mr A You S Hassan

Rx du Genou Gauche F/P



BN NAFIS 
التصوير الطبي والأشعة
Medical & Imagerie Médicale
ICE : 002620012000030

FACTURE N°:	407/2023
DATE FACTURE	03/02/2023
DATE EXAMEN	03/02/2023

AYOUJ HASSAN

Désignation	Montant
GENOU FACE + PROFIL	300,00
TOTAL	300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de **TROIS CENTS DHS**

IBN NAFIS 
 التصوير الطبي والأشعاعي
 Radiologie & Imagerie Médicale
 ICE : 002620012000030



LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA

Analyses médicales et biologie spécialisée



M. AYOUJ HASSAN



DDN : 14-09-1964

Dossier : 2302043015

Du : 04-02-2023 à 12:10

Prélèvement du : 04-02-2023 reçu dom

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

2302043015

Boulevard panoramique CLINIQUE EL MADINA
Compte-rendu partiel

HEMATOCYTOLOGIE Echantillon sang total EDTA

HEMOGRAMME

SYSMEX XT 4000i, JAPON

Leucocytes :

Hématies :

Hémoglobine :

Hématocrite :

VGM :

TCMH :

CCMH :

RDW :

Polynucléaires Neutrophiles :

Soit:

Polynucléaires Eosinophiles :

Soit:

Polynucléaires Basophiles :

Soit:

Lymphocytes :

Soit:

Monocytes :

Soit:

IG%

Plaquettes :

VPM

10.87	Milles/ μ L	(3.90-10.20)
3.40	Millions/ μ L	(4.30-5.76)
10.3	g/dL	(13.5-17.2)
32.1	%	(39.5-50.5)
94.4	fL	(80.0-99.0)
30.3	pg	(27.0-33.5)
32.1	g/dL	(30.0-36.0)
12.3	%	(0.0-18.5)

68.9 %

7.49 Milles/ μ L (1.50-7.70)

1.0 %

0.11 Milles/ μ L (0.02-1.10)

0.2 %

0.02 Milles/ μ L (<0.35)

19.0 %

2.07 Milles/ μ L (>1.00)

10.9 %

1.18 Milles/ μ L (0.10-2.70)

0.2 %

137 Milles/ μ L (150-370)

11.6 fL

Nombre de plaquettes confirmé par étude cytologique

Ce dossier a été imprimé en partiel

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
Faculté de médecine de la Rés Savoie
24, Rue Savoie, Casablanca
20360 Casablanca
TEL: 05 22 27 26 22 • Fax : 05 22 27 78 87 • Urgences : 06 25 65 38 28
CNSS : 8992332 • Patente : 36337341 • IF : 18764979 • RC : 351539 • ICE : 001670417000055
IBAN BMCI : 013 780 01245 000006001 22 RIB 48

Page 1 sur 1



INPE : 093060820