

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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° W21-785892

155496

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05936

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : AYOUN HASSAN

Date de naissance : 14/09/1964

Adresse : MAY MY ABDELLAH RUE 229 NRU AENCHOH

Tél. : 0661403847

Total des frais engagés : 407,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : AYOUN HASSAN

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ 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 : 27/03/2023

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
4/10/2022	CS		52	INP : 29/10/2022
				MADINA
				GROUPE REANIMATOLOGIE
				ABDEL KADER OUISSAL
				ABDEL KADER WAFAB
				ABDEL KADER YOUNESS
				ABDEL ANWAR

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE DE BIOLOGIE SERTA Facturation 24, Rue Savonnières de la Rés Savoye 20360 Casablanca TEL: 05 22 27 26 22 FAX : 05 22 87 78 87 contact@labo-bbs.ma (05) 22 87 78 87	04/10/23	B80	10720dh
LABORATOIRE DE BIOLOGIE SERTA 24, Rue Savonnières de la Rés Savoye 20360 Casablanca TEL: 05 22 27 26 22 FAX : 05 22 87 78 87 contact@labo-bbs.ma (05) 22 87 78 87	03/02/23	229	3000dh

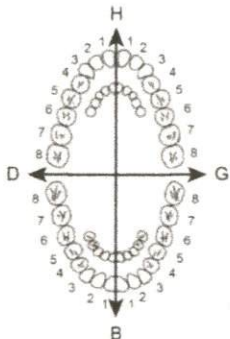
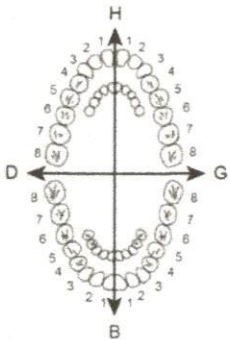
[illegible]

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	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 <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> G 11433553 </div> </div>			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"/>

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

14/09/64


AL MADINA
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE



المدينة
مصلحة متعددة الاختصاصات

ORDONNANCE

4/02/23

Nais: 14/09/1964 NA
Entr: 01/02/2023 MUPRAS
DRAZIZ ALAOU MOHAMMI

H2301477

Mr AYOUB HASSAN
Nais: 14/09/1964 NA

NFS

2T
2Mcc

AYOUB HASSAN
M

2302043015
SCAN ORDO
MADINA
14-09-1964

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SERTA
Faculté de Médecine
24, Rue Savatier, 20380 Casablanca
TEL: 05 22 77 77 40 - 05 22 27 76 27
contact@labo-ibs.com

CLINIQUE AL MADINA
Médecin Réanimateur
de Garde



مختبر البيولوجيا سبتة للتحاليل الطبية و المتخصصة

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA d'analyses médicales et spécialisées



M. AYOUB 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 Rés Savoie
20300 - Casablanca
TEL: 05 22 27 26 22 FAX: 05 22 27 78 87
contact@labo-lbs.com

Page 1 sur 1





ORDONNANCE

20/04/2023

Mr Ayouf Hassan

Rx du Genou Gauche F/P

بن النافيس
التصوير الطبي والاستعاضة
Radiologie & Imagerie Médicale
ICE : 002620012000030

IBN NAFIS

Radiologie & Imagerie Médicale

**ابن النفيس**

التصوير الطبي والاشعاعي

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

AYOUJ HASSAN

Désignation	Montant
GENOU FACE + PROFIL	300,00
<u>TOTAL</u>	300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de TROIS CENTS DHS

IBN NAFIS  ابن النفيس
التصوير الطبي والاشعاعي
Radiologie & Imagerie Médicale
ICE : 002620012000030

M. AYOUB HASSAN



DDN :14-09-1964

Dossier :2302043015

Du :04-02-2023 à 12:10

Prélèvement du :04-02-2023reçu 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/μL	(3.90-10.20)
3.40	Millions/μL	(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/μL	(1.50-7.70)
1.0	%	
0.11	Milles/μL	(0.02-1.10)
0.2	%	
0.02	Milles/μL	(<0.35)
19.0	%	
2.07	Milles/μL	(>1.00)
10.9	%	
1.18	Milles/μL	(0.10-2.70)
0.2	%	
137	Milles/μL	(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
Facturation
24, Rue Savoie - RDC de la Résidence Savoie
20360 Casablanca
TEL: 05 22 27 26 22 • Fax: 05 22 27 78 87
contact@labo-ibs.com

Page 1 sur 1



INPE : 093060820