

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-536858

ND: 36042

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13008 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : FEDANE IRANE
 Date de naissance : 01 AOÛT 2020
 Adresse :
 Tél. : 0661498825 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Mohammed LAHLOU
 Gynécologue Obstétricien
 CLINIQUE RIVIERA
 101, Bd. Ghandi - Tél: 0522 98 55 02

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : FEDANE IRANE Age :
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Anémie et Accouchement par césarienne
 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) :

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

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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

18/04/20	C2	3000	3000	<p>INP : 091079214</p> <p>Dr. Mohammed LAHLOU Gynécologue Obstétricien CLINIQUE LAHLOU 301, Bd. Ghazi - Tél: 0522 08 55 07 06</p>
18/04/20	3000	4000	4000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

130, Ed. My Driss 1er Tél: 0522 08 55 07 06	21/04/20	264.50
--	----------	--------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

21/04/20	PS + A60	160 DH
27/04/20	PS + G0	60 DH

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.

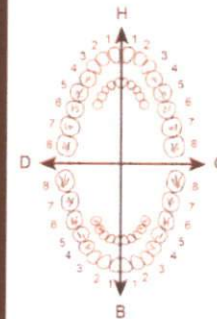
Important :

Veillez 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 : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

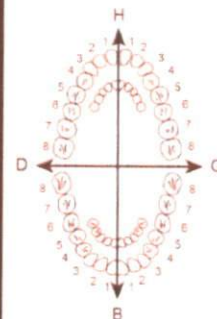
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		B	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CR

مصلحة ريفيرا CLINIQUE RIVIERA

Dr. Mohammed LAHLOU

Gynécologue Obstétricien

Casablanca, le 18.4.2020

ICE: 001790460000052

IF: 42294341

Dr. TOGANO Elmadou

MS
TP
TCK.



Dr. Mohammed LAHLOU
Gynécologue Obstétricien
CLINIQUE RIVIERA
301 Bd. Ghandi - Tél: 0522 98 55 02/04

LOT 191188
EXP 04/2022
PPV 52.80DH

CR

مصحة ريفيرا CLINIQUE RIVIERA

Dr. Mohammed LAHLOU

Gynécologue Obstétricien

Casablanca, le 10.4.2020

ICE: 001790460000052

IF: 42204341

M. Fergane Suave

52.8°



odes geste à 18 gélules
2 gélules/j

PHARMACIE DE LA SECURITE
Nadia ELMAJRA BENCHEKROU
130, Bd My Driss 1er
Tél: 0522 86 22 45 - Casablanca

Dr. Mohammed LAHLOU
Gynécologue Obstétricien
CLINIQUE RIVIERA
301, Bd. Ghandi - Tél: 0522 98 55 02/mr

مصحّة ريفيرا CLINIQUE RIVIERA

Dr. Mohammed LAHLOU

Gynécologue Obstétricien

Casablanca, le

18.8.2020,

ICE: 001790460000052

IF: 42204341

M. FAYE Aliou

C2 : 3009

Eliv: 4009

700 m

Dr. Mohammed LAHLOU
Gynécologue Obstétricien
CLINIQUE RIVIERA
301, Bd. Ghandi - Tél. 0522 98 55 02/04

COMBICARD 6 18.4.2020.

Dr. Mohammed LAHLOU
Gynecologue Obstétricien
CLINIQUE RIVIERA
301, Bd. Ghandi - Tél: 0522 98 55 02/06

M. FÉLIX THERIAULT

Dr. 10 août 1983 36m 6j

ÉCHOGRAPHIE

Grossesse utérinale certaine
Fœtus en réflexion sur la 1^{ère} 10h
Fœtus vivant: BL @ . MA @

Fœtus: 73cm 30p
BPD: 86cm / 36m 6j 40p
BPS: 91cm 60p

Ng: Dérivés cérébraux, 4
urinaires, radicaux, 10h, 10h, 10h
Quantité de L.A. 17
Dolente par lésion de col

Dr. Mohammed LAHLOU
Gynecologue Obstétricien
CLINIQUE RIVIERA
301, Bd. Ghandi - Tél: 0522 98 55 02/06

LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

Casablanca le, 23-04-2020

FACTURE N° 000130813

Nom, Prénom du patient : Mme Imane FEDANE

Date de l'examen : 23-04-2020

Type d'examen : Examen biologique

Demande N° : 2004230036

Médecin demandeur : Ordonnance interne

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	0	
0229	Groupe ABO Rhésus	B60	B

Total des BHN : 60

Montant total en chiffre : 60DHS

Montant Total en lettres : soixante dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction
conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.



101, Boulevard Abdelmoumen, Casablanca – Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; Fax : +212(0)5 22 26 22 09

E-mail : contact@liab.ma -site Web : www.liab.co.ma

IF : 40432071 ; CNSS : 8844103 ; Patente : 34720627 ; N°ICE : 001663876000025 ; INPE Biologiste : 107159782 ;

INPE laboratoire : 093060846

Banque : attijariwafa bank, Agence ABDELMOUMEN , R.I.B : 007 780 0002385000302818 20

Casablanca le, 23-04-2020

FACTURE N° 000130814**Nom, Prénom du patient :** Mme Imane FEDANE**Date de l'examen :** 23-04-2020**Type d'examen :** Examen biologique**Demande N° :** 2004230035**Médecin demandeur :** Dr Mohamed LAHLOU**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	0	
0216	Numération formule	B80	B
0236	Taux de prothrombine	B40	B
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B

Total des BHN : 160**Montant total en chiffre :** 160DHS**Montant Total en lettres :** cent soixante dirham

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.



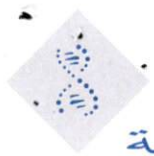
101, Boulevard Abdelmoumen, Casablanca – Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; Fax : +212(0)5 22 26 22 09

E-mail : contact@liab.ma -site Web : www.liab.co.ma

IF : 40432071 ; CNSS : 8844103 ; Patente : 34720627 ; N°ICE : 001663876000025 ; INPE Biologiste : 107159782 ;

INPE laboratoire : 093060846

Banque : attijariwafa bank, Agence ABDELMOUMEN , R.I.B : 007 780 0002385000302818 20



LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES



ACCREDITATION N° 8-4189
PORTEE DISPONIBLE SUR
WWW.COFRAC.FR

COMPTE RENDU D'ANALYSES

Medecin Prescripteur : Ordonnance interne

Spécialité :

Adresse :

Correspondant :

Edition du: 23-04-2020 à 14:52

Dossier N° : 2004230036

MME IMANE FEDANE

Né(e) le : 17-10-1987

Prélevé : au labo le 23-04-2020

à 11:30

Analyses	Résultats	Intervalles de référence	Antériorités
----------	-----------	--------------------------	--------------

IMMUNO-HEMATOLOGIE

GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

Groupage sur plaque d'opaline

Groupe sanguin ABO

A

Rhésus (D)

Positif

(Deux déterminations, chacune réalisée en double, sont nécessaires à la délivrance d'une carte de groupe sanguin définitif)

Des examens rendus sous accréditation sont identifiés par le symbole [*]. Toute copie ou utilisation de cette référence ne peut être réalisée sans autorisation écrite du LIAB.

Demande validée biologiquement par : Prof. BENSLIMANE Abdellah



Page 1 sur 1

Horaires d'ouverture

Lundi au Vendredi : 7h30 - 18h30 / Samedi et Jours Fériés : 7h30 - 13h00

Adresse : Angle Bd Abdelmoumen, et Rue Arrachati, Casablanca Tél:05.22.42.39.55/60 Fax : 05.22.26.22.09

GSM : 06 61 85 78 48 - E-mail: contact@liab.ma - Site Web : www.liab.co.ma

IF : 40432071 - ICE : 001663876000025 - CNSS : 8844103 - Patente : 34720627 - INPE : 107159782

Prélèvement à domicile sur RDV

**LIAB**

المختبر الدولي للتحليلات الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES



ACCREDITATION N° 8-4189
PORTEE DISPONIBLE SUR
WWW.COFRA.FR

COMPTE RENDU D'ANALYSES

Medecin Prescripteur : Dr Mohamed LAHLOU**Spécialité : Gynécologie Obstétrique****Adresse : CLINIQUE RIVIERA****Correspondant :****Edition du: 23-04-2020 à 14:51****Dossier N° : 2004230035****MME IMANE FEDANE****Né(e) le : 17-10-1987****Prélevé : au labo le 23-04-2020****à 11:30**

Analyses	Résultats	Intervalles de référence	Antériorités
----------	-----------	--------------------------	--------------

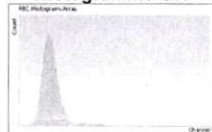
HEMATOCYTOLOGIE

HEMOGRAMME

(Sang total EDTA, DxH 900, Beckman Coulter)

Numération globulaire (Impédance et absorbance)

Hématies :	3.89	10 ⁶ /μL
Hémoglobine :	10.2 ^{*1}	g/dL
Hématocrite :	31.0	%
VGM :	79.7	fL
TCMH :	26.2	pg
CCMH :	32.9	g/dL
RDW :	16.7	%

Histogramme GR**Histogramme GB**

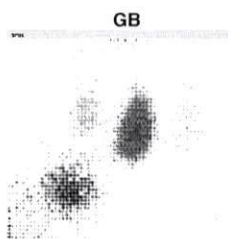
Intervalles de références

(3.93-5.09)
(11.5-14.9)
(34.4-43.9)
(77.9-95.3)
(26.4-32.6)
(31.9-35.8)
(0.0-14.0)

Antériorité :

Formule leucocytaire (Cytométrie en flux)

Leucocytes :	10.0	10 ³ /μL
Neutrophiles :	74.20	%
Soit	7.400	10 ³ /μL
Lymphocytes :	18.80	%
Soit	1.900	10 ³ /μL
Monocytes :	6.20	%
Soit	0.600	10 ³ /μL
Eosinophiles :	0.60	%
Soit	0.100	10 ³ /μL
Basophiles :	0.20	%
Soit	0.000	10 ³ /μL



(4.0-11.4)

(40.00-73.00)
(1.750-7.500)
(25.00-40.00)
(1.240-3.561)
(4.00-10.00)
(0.205-0.663)
(0.80-6.00)
(0.041-0.549)
(0.30-1.80)
(0.000-0.085)

Numération plaquettaire (Impédance)

Plaquettes :	289	10 ³ /μL
VMP	8.2	fL

Histogramme Plt

(185-445)
(7.5-10.9)

*1 ANÉMIE

Page 1 sur 2

Horaires d'ouverture**Lundi au Vendredi : 7h30 - 18h30 / Samedi et Jours Fériés : 7h30 - 13h00**

Adresse : Angle Bd Abdelmoumen, et Rue Arrachati, Casablanca Tél:05.22.42.39.55/60 Fax : 05.22.26.22.09

GSM : 06 61 85 78 48 - E-mail: contact@liab.ma - Site Web : www.liab.co.ma

IF : 40432071 - ICE : 001663876000025 - CNSS : 8844103 - Patente : 34720627 - INPE : 107159782

Prélèvement à domicile sur RDV

LIAB

المختبر الدولي للتحليلات الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMEDICALES

COMPTE RENDU D'ANALYSES

HEMOSTASE

Plasma citraté

Posologie	butamil		
Médicament prescrit			
Temps de Quick Patient:	11.1 sec.	(9.4-12.5)	
(Méthode chronométrique / ACL TOP 350 (IL))			
Temps de Quick Témoin:	12 sec.		
Taux de Prothrombine	100.0 %	(70.0-100.0)	
(Méthode chronométrique / ACL TOP 350 (IL))			
INR :	0.930	(0.800-1.200)	
TCA Temps patient ^[*]	28.0 sec.	(25.1-36.5)	
<i>TCA Temps témoin ^[*]</i>	31.7 sec.		
TCA Ratio patient/témoin ^[*]	0.88	(0.86-1.20)	
(Méthode chronométrique / ACL TOP 350 (IL))			

Les examens rendus sous accréditation sont identifiés par le symbole [*]. Toute copie ou utilisation de cette référence ne peut être réalisée sans autorisation écrite du LIAB.

Demande validée biologiquement par : Prof. BENSLIMANE Abdellah



Horaires d'ouverture

Lundi au Vendredi : 7h30 - 18h30 / Samedi et Jours Fériés : 7h30 - 13h00

Adresse : Angle Bd Abdelmoumen, et Rue Arrachati, Casablanca Tél:05.22.42.39.55/60 Fax : 05.22.26.22.09

GSM : 06 61 85 78 48 - E-mail: contact@liab.ma - Site Web : www.liab.co.ma

IF : 40432071 - ICE : 001663876000025 - CNSS : 8844103 - Patente : 34720627 - INPE : 107159782

Prélèvement à domicile sur RDV