

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 de l'Horloge 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° W19-521888

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2344 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
 Nom & Prénom : BÉLOUADI Alderrahim  
 Date de naissance : 19-3-1954  
 Adresse :  
 Tél. : 0661067727 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 27/12/2019  
 Nom et prénom du malade : BÉLOUADI Alderrahim Age : 65  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Hospitalisation + colonoscopie  
 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) : Le : 27/12/2019

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
du 23/12/19				
du 29/12/19		CG	Dr. CHROUIL YOUNES Anesthésiste - Réanimateur	
du 23/12/2019			Clinique La Source	
du 20/12/2019				

[illegible]

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

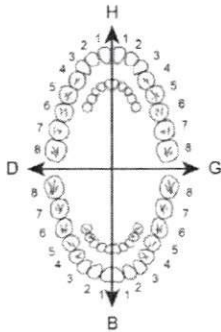
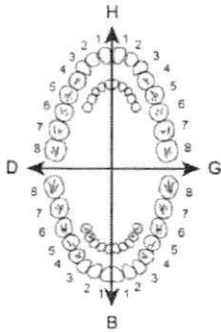
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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 : <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" data-bbox="1514 882 1733 1034"> <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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	<input type="text"/>			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
	<input type="text"/>																	
	<input type="text"/>																	
	<input type="text"/>			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<input type="text"/>																	
	<input type="text"/>																	
	<input type="text"/>																	
	<input type="text"/>																	
	<input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

INP: | | | | | | | | | |

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Box II

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 24/12/19

جراحة المسالك البولية التناسلية  
UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري  
lithotritie تقطيع الحصى

الجراحة العامة والمنظارية  
CHIRURGIE GENERALE  
COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال  
CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء  
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع  
الاختصاصات الطبية  
REANIMATION ET TOUTES  
SPECIALITES MEDICALES

مركز تقطيع الحصى  
CENTRE DE LITHOTRIPSIE  
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة  
CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER  
RADIOLOGIE STANDARD

Dr BEL ou ADI ABDER RAHIM

NFS

Dr CHROQUI Younes  
Anesthésiste - Réanimateur  
Clinique La Source

Dr BOUZOUBAA Abderrahman / Biologiste  
مختبر بوزوبع للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE BOUZOUBAA  
d'Analyses Médicales et Scientifiques  
11 Bd. Zerktouni Tél: Tanoussi Casablanca  
Tél: 0522 27 13 20 / 0522 26 57 43



## ORDONNANCE

Casablanca, le : 28/12/2019

جراحة المسالك البولية التناسلية  
UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري  
lithotritie تفيت الحصى

الجراحة العامة والمنظارية  
CHIRURGIE GENERALE  
COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال  
CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء  
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الانعاش وجميع  
الاختصاصات الطبية  
REANIMATION ET TOUTES  
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفيت الحصى  
CENTRE DE LITHOTRIPSIE  
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة  
CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER  
RADIOLOGIE STANDARD

CERTIFICAT D'HOSPITALISATION

Nous soussignons CLINIQUE LA SOURCE,  
attestons par la présente que :

Mr, Mme, Mlle : Belouadi Abderrahim

a été admis(e) à la clinique la source :

du.... 23/12/2019.... au... 28/12/2019..

Fait pour servir et valoir ce que de droits.

**CLINIQUE LA SOURCE**  
14, Rue Taki-Eddine (ex Berne)  
Casablanca - Tél.: 05 22 20 14 40  
SIGNATURE



مختبر بوزوبع للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE BOUZOUBAA  
d'analyses médicales et scientifiques

إقامة طرفاية 11 شارع الزرقطوني البيضاء - الهاتف : 05 22 27 19 20 - 05 22 26 57 43  
RESIDENCE TARFAYA : 11, BD ZERKTOUNI - CASA - Tél. : 05.22.27.19.20 / 05.22.26.57.43  
Email : laboratoire.bouzoubaa@gmail.com Fax : 05 22 22 94 25 : الفاكس

CLINIQUE LA SOURCE  
FACTURE N°002477

Casablanca, le 24/12/2019  
Réf : 19L273

## FACTURE

Examens effectués le : 24/12/2019

Sur prescription du Dr : BENCHEKROUNE SAMIR

Pour : BELOUADI ABDERRAHIM

Analyses : NFS B80

TOTAL DES :	80 x 1,34	=	107,20	DH
DEPLACEMENT :		=	30,00	DH
PRELEVEMENT :		=	25,00	DH

MONTANT :		=	162,20	DH
-----------	--	---	--------	----

**Abderrahim BOUZOUBAA**

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des CHU de France

CES hématologie, bactériologie

Virologie, parasitologie, mycologie et pathologie médicale

R.C. : 195994 - C.N.S.S. : 1207291 - I.F. : 42000050 - Patente : 36300170 - ICE : 001553918000012

DR. BOUZOUBAA Abderrahim / Biologiste  
مختبر بوزوبع للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE BOUZOUBAA  
d'Analyses Médicales et Scientifiques  
11 Bd. Zerkouni Rés. Tarfaya Casablanca  
Tél: 0522 27 19 20 / 0522 26 57 43

عبد الرحيم بوزوبع  
صيدلي بيولوجي  
داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا  
إختصاصي في التحليلات الطبية والعلمية : علم الدم، علم المناعة  
علم الأحياء الدقيقة، علم الطفيليات وعلم الأمراض الطبية

14, Rue Taki Eddine (Ex Berne)

Quartier des Hôpitaux - 20000 Casablanca

Tél. : 05 22 20 14 40 /41 - Fax : 05 22 20 13 99

RDV de Consultation d'Urologie (1ère Etage) - Tél. : 05 22 20 14 42/43

www.cliniquelasource.ma - E-mail : contact@cliniquelasource.ma



14, زنفة نقي الدين (برن سابقا)

حي المستشفيات 20000 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 20 14 40/41 - فاكس : 05 22 20 13 99

موعد لزيارة المسالك البولية الطابق الأول - الهاتف : 05 22 20 14 42/43

الموقع الإلكتروني : www.cliniquelasource.ma - البريد الإلكتروني : contact@cliniquelasource.ma

## F A C T U R E

N° : 6511 / 2019 du 28/12/2019

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mr BELOUADI ABDERRAHIM	PAYANT	23/12/19	28/12/19

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
CHAMBRE MINI-SUITE	CH	4.00	400.00	1 600.00
COLONO		1.00	2 420.00	2 420.00
			Sous/Total	4 020.00
Total clinique				4 020.00

LB. BOUZOUBAA ( )		1.00	162.00	162.00
CT. CENTRE TRANSFUSION SANGUINE ( )	CTS	1.00	360.00	360.00
			Sous/Total	522.00
Total autres prestations				522.00

Arrêtée à la somme de :	TOTAL GENERAL	4 542.00
QUATRE MILLE CINQ CENT QUARANTE DEUX DIRHAMS		

CLINIQUE LA SOURCE  
14, Rue TAKI-EDDINE (Ex. Berne)  
Casablanca - Tél. 05 22 20 14 40

X

**BON d'ATTRIBUTION**  
NUMERO 0000000498189

**Date et heure** 24/12/2019 - 01:00  
**Etablissement** CLINIQUE LA SOURCE (05PRI00117)  
14, RUE BERNE  
CASA  
20000

**Malade no** 0590218  
**Nom et prenom** BELOUADI ABDERRAHIM  
**Sexe / ne(e) le**  
**Groupe sanguin** O Positif

**Service**  
**Ref. commande** 1002416739

**CGR DON HOMOLOGUE (3H000)**

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05192940307		O +		1	31/01/2020		250

**TOTAL**

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

**Signature responsable**

MOHAMED.B



Date : 24/12/2019

## نتائج التحليلات الطبية Résultats des Analyses Biologiques

### معلومات تخص المريض Information concernant le malade

Nom : BELOUADI

Prénom : ABDERRAHIM

N° du dossier : 0590218

Première détermination	Deuxième détermination
Date de réception : 24/12/2019	Date de réception :
Heure de réception : 00:58	Heure de réception :
N° du prélèvement : 5056782	N° du prélèvement :
Etablissement : 05PRI00117 CLINIQUE LA SOURCE	Etablissement :
Service :	Service :
Réf de demande :	Réf de demande :
N° de séjour :	N° de séjour :
<b>Groupe sanguin : O Positif</b>	<b>Groupe sanguin :</b>
Phénotype :	Phénotype :
:	:
:	:
:	:
:	:
:	:
RAI :	RAI :
Test de coombs :	Test de coombs :
Anti corps Irrégulier :	Anti corps Irrégulier :

Le responsable du laboratoire

مسؤول المختبر





مختبر بوزوبع للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE BOUZOUBAA  
d'analyses médicales et scientifiques

إقامة طرفاية 11 شارع الزرقطوني البيضاء - الهاتف : 05 22 27 19 20 - 05 22 26 57 43  
RESIDENCE TARFAYA : 11, BD ZERKTOUNI - CASA - Tél. : 05.22.27.19.20 / 05.22.26.57.43  
Email : laboratoire.bouzoubaa@gmail.com Fax : 05 22 22 94 25 الفاكس

Casablanca le : 24/12/19

Monsieur BELOUADI ABDERRAHIM

Du : 24/12/19

Docteur SAMIR BENCHEKROUNE

Page : 1

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

NUMERATION GLOBULAIRE

Globules blancs -----	18 890	*	/mm <sup>3</sup>	4000 - 10000
Globules rouges -----	4,06	*	M/mm <sup>3</sup>	4,5 - 5,55
Hémoglobine -----	11,4	*	g/100 ml	13 - 17
Hématocrite -----	35,3	*	%	40 - 50
- V.G.M. -----	87		μ <sup>3</sup>	80 - 95
- T.C.M.H. -----	28		pg	28 - 32
- C.C.M.H. -----	32		%	31 - 36
Plaquettes -----	299 000		/mm <sup>3</sup>	150000 - 400000

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles -----	83	%	Soit :	15 679	/mm <sup>3</sup>	2000 - 7500
Polynucléaires Eosinophiles -----	0	%	Soit :	0	/mm <sup>3</sup>	< 400
Polynucléaires Basophiles -----	0	%	Soit :	0	/mm <sup>3</sup>	< 400
Lymphocytes -----	14	%	Soit :	2 645	/mm <sup>3</sup>	1500 - 4000
Monocytes -----	3	%	Soit :	567	/mm <sup>3</sup>	200 - 800

Dr. BOUZOUBAA Abderrahim / Pharmacien / Biologiste  
مختبر بوزوبع للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE BOUZOUBAA  
d'Analyses Médicales et Scientifiques  
11 Bd Zerkouni 19, Tarfaya Casablanca  
Tél : 05 22 27 19 20 / 05 22 26 57 43

Abderrahim BOUZOUBAA

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des CHU de France

CES hématologie, bactériologie

Virologie, parasitologie, mycologie et pathologie médicale

R.C. : 195994 - C.N.S.S. : 1207291 - Patente : 36300170

عبد الرحيم بوزوبع

صيدلي بيولوجي

داخلي سابقا بمستشفيات فرنسا

إختصاصي في التحليلات الطبية والعلمية : علم الدم، علم المناعة

علم الأحياء الدقيقة، علم الطفيليات وعلم الأمراض الطبية

**Dr Amina ALYOUNE ép. BAHLAOUI**

Ex-Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca  
Spécialiste des Maladies Digestives et Proctologie  
(Hémorroïdes, Fistules, Fissures anales...)  
Fibroscopie Digestive, Echographie

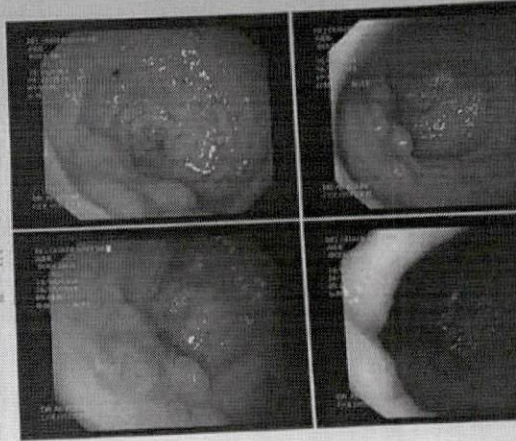
Consultation tous les jours  
SUR RENDEZ-VOUS

Casablanca, le



**الدكتورة أمينة عليون بهلاوي**

أستاذة سابقا بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
اختصاصية أمراض الجهاز الهضمي



25/12/2019

Nom & Prénom : Mr BELOUADI Abderrahim  
Age : 65 ans  
Date : 24/12/2019  
Anesthésiste : Dr CHROUKY  
Clinique : la Source  
Indication : Syndrome rectal. Rectorragie.  
Adenocarcinome sigmoïdien

## Colonoscopie

Préparation colique par Fortrans, de qualité satisfaisante.

Progression jusqu'au Sigmoïde

Présence d'une large ulcération polypoïde au niveau du bas rectum à 6 cm de la MA. Biopsies et un petit polype à côté

Présence d'une tumeur ulcéro-bourgeonnante au niveau du sigmoïde à 17 cm de la MA. Biopsies

Le reste des différents segments coliques, examinés essentiellement au retrait de l'appareil, présentant une muqueuse d'aspect normal, sans tumeur, ni polype, ni autre lésion.

### Conclusion:

Lésion ulcérobourgeonnante du rectum. Biopsies. + petit Polype rectal...

Lésion ulcérobourgeonnante du sigmoïde (pôle inférieur du rétrécissement). Biopsies.

**Dr. ALYOUNE Mina**  
Hépatogastro-Entérologie - Proctologie  
52, Bd. Zerkouni  
Casablanca - Tél.: 0522 27 57 51 / 56

52, Bd Zerkouni Espace Erreda, 5ème étage (en face du Marché des Fleurs et de l'Hôpital d'Enfants) - Casab  
Fax: 0522 27 57 57 - Tél.: 0522 27 57 56 / 0522 27 57 51 - GSM: 0661 31 30 37 / E-mail: alyounemina@hotmail.com