

# 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.

## Diagnostique 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.

## Éducation :

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.

## Maladie chronique :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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

Déclaration : contact@mupras.com

Mise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

S : 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° P19- 060399

ND=30311

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1212 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAOU, AZIZ ABDELLATIF

Date de naissance : 25.04.1949

Adresse : LOT BAALABAK N° 48 AIN SIAB  
CASA

Tél. : 0662 88 98 55 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. SAÏDIA ZAFAD  
Professeur Agrégée  
Hématologie - Oncologie  
CLINIQUE AL MADINA  
Tél: 05 22 77 77 40 à 49  
06 62 54 28 07

Date de consultation : 03/05/2020

Nom et prénom du malade : CHAOU, AZIZ ABDELLATIF

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Sphérocytose

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 : 03/05/2020

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                                                                          |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 01/03/2020      | CS                |                       | 5 n, n                          | DR. SAAD ZAFAD<br>Professeur Agrégé<br>Hématologie - Oncologie<br>CLINIQUE AL MADINA<br>Tél: 05 22 77 77 40 à 49<br>Fax: 05 22 77 77 40 |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                         |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                         |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                         |
|                 |                   |                       |                                 |                                                                                                                                         |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien                                                                                                                                              | Date       | Montant de la Facture                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------|
| CLINIQUE AL MADINA<br>FAC. CHU Hassan<br>Angle Rue Méd. Ben Menni - Casablanca<br>Quartier Palmiers - Casablanca<br>Tél: 0522 77 77 40 à 49<br>Fax: 0522 77 77 40 | 01/03/2020 | TRANSFUSION - soins intensifs<br>6851,45 |
|                                                                                                                                                                   |            |                                          |
|                                                                                                                                                                   |            |                                          |
|                                                                                                                                                                   |            |                                          |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

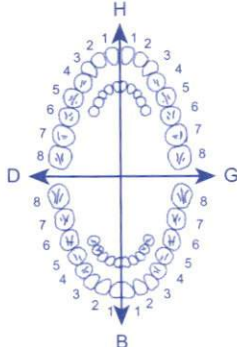
| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

# 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'occlusion.

| SOINS DENTAIRES                                                                     | Dents Traitées                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Nature des Soins | Coefficient |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES                                                        | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     | <table border="1"> <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 colspan="2">D</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 |  | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  |
|                                                                                     | H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     | 25533412                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 21433552         |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 00000000         |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     | 00000000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 00000000         |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     | 35533411                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 11433553         |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     | B                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     | [Création, remont, adjonction]<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                                                                                                                                                                                                                      |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |
|                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  |             |                         |  |          |          |          |          |   |  |          |          |          |          |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie  
Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinoopathie - Déficit Immunitaire  
Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur  
Rx Conventiennelle - Echographie

ORDONNANCE

Prescription de produits sanguins :

Nom...C.HAOUA A222 ABDELLATEF

Demande de transfusion en :

- .....02.....culots globulaires
  - ✓ Standard ☐
  - ✓ Phénotypés ☐
  - ✓ Déleucocytés ☒
- .....00.....unités plaquettaires
  - ✓ Standard ☐
  - ✓ déleucocytées ☐
- .....00.....plasma frais congelé

Le ...10/03/2020.....

CLINIQUE AL MADINA  
Oncologie Pédiatrique  
Hématologie Adulte et Enfant

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie  
Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire  
Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur  
Rx Conventiennelle - Echographie

**ORDONNANCE**

**Prescription de produits sanguins :**

Nom C.HAOUI AZIZ ABDELLAH

Demande de transfusion en :

- .....01.....culots globulaires
  - ✓ Standard ☐
  - ✓ Phénotypés ☐
  - ✓ Déleucocytés ☒
- .....00.....unités plaquettaires
  - ✓ Standard ☐
  - ✓ déleucocytées ☐
- .....00.....plasma frais congelé

Le ...11/03/2020.....

CLINIQUE AL MADINA  
Centre d'Hématologie & Oncologie  
Chimiothérapie  
Soins Intensifs  
Réanimation  
Traitement de la Douleur  
Rx Conventiennelle  
Echographie



CLINIQUE AL MADINA

Centre d'Hématologie & Oncologie

مصحة المدينة

مركز أمراض الدم والأنتكولوجيا

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie  
Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinoopathie - Déficit Immunitaire  
Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur  
Rx Conventionnelle - Echographie

ORDONNANCE

Le 12/03/20

COMPTE RENDU D'HOSPITALISATION

Mr CHAOUI AZIZ ABDELLATIF , suivi pour Spherocytose héréditaire avec cardiopathie , s'est présenté le 11/03/2020 avec une anémie à 7g/dl , mal tolérée Patient hospitalisé en soins intensifs ou il a été transfusé en 03 CG phénotypés filtrés du 11/03/2020 au 12/03/2020

Déclaré sortant le 12/03/2020

H. Farida ZARAD  
Oncologie Pédiatrique  
Clinique Al Madina

Casablanca, le 12/03/2020

NOTE D'HONORAIRE

Le Docteur .....

A l'honneur de présenter ses meilleures salutations à

Mr / Mme / Melle CHAOUY ALIZ ABDELKAF

Et lui adresse selon l'usage, sa note d'honoraires pour

TRANSFUSION

S'élevant à la somme de # 2100 # DHS

deux mille cent dix

Cachet et Signature

Hématologie Adulte et Enfant - Oncologie Pédiatrique - Chimiothérapie  
 Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinothérapie - Déficit Immunitaire  
 Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur  
 Rx Conventiennelle - Echographie

## FACTURE

N° : 3171 B / 2020 du 13/03/2020

Nom patient **CHAOUI AZIZ ABDELLATIF**  
**PAYANT**

TRANSFUSION

Entrée 11/03/2020

Sortie 12/03/2020

| Désignation des prestations     | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire     | Montant         |
|---------------------------------|--------|------------|-------------------|-----------------|
| SEJOUR                          | 2,00   |            | 1 200,00          | 2 400,00        |
| TRANSFUSION K10                 | 2,00   |            | 300,00            | 600,00          |
|                                 |        |            | <i>Sous-Total</i> | 3 000,00        |
| PHARMACIE                       | 1,00   |            | 194,45            | 194,45          |
|                                 |        |            | <i>Sous-Total</i> | 194,45          |
| <b>Total Clinique</b>           |        |            |                   | <b>3 194,45</b> |
| PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)  | 2,00   |            | 450,00            | 900,00          |
| PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)  | 2,00   |            | 600,00            | 1 200,00        |
|                                 |        |            | <i>Sous-Total</i> | 2 100,00        |
| CENTRE TRANSFUSION SANGUINE     | 1,00   |            | 1 557,00          | 1 557,00        |
|                                 |        |            | <i>Sous-Total</i> | 1 557,00        |
| <b>Total Autres prestations</b> |        |            |                   | <b>3 657,00</b> |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

SIX MILLE HUIT CENT CINQUANTE ET UN DIRHAMS QUARANTE-CINQ CENTIMES

Total

6 851,45

CLINIQUE AL MADINA  
 Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
 Quartier Palmiers - Tél : 05.22.77.77.4  
 Fax : 05.22.25.00.01 - Casablanca  
 E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr - I.F n° : 1007171 - Patente : 34782425

Nom patient : CHAOUH ANZOUZ Adulte et Enfant - Hématologie Pédiatrique - Chimiothérapie  
Creffe de Moelle Osseuse - Hémophilie - Hémoglobinopathie - Déficit Immunitaire

| Produit                               | Soins Intensifs - Réanimation - Traitement de la Douleur | Quantité | Unité | Montant |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------|----------|-------|---------|
|                                       | Rx Conventiennelle - Echographie                         |          |       |         |
| AIGUILLES 25G (100)(1)                |                                                          | 1        |       | 0,38    |
| BETADINE 10% 125ML (001)              |                                                          | 2        |       | 15,60   |
| CHLORURE SODI LAP POCH 100ML (050)(1) |                                                          | 2        |       | 10,30   |
| COMPRESSE STERILE 7.5*7. (200)(1)     |                                                          | 4        |       | 1,88    |
| GANT D'EXAMEN LATEX 6/7 S (100)(1)    |                                                          | 12       |       | 0,90    |
| INTRANULES BLEUES 22 G (100)(1)       |                                                          | 2        |       | 4,50    |
| PHARMAFIX 10*10 (001)                 |                                                          | 2        |       | 46,23   |
| SERINGUE 10CC (100)(1)                |                                                          | 1        |       | 1,05    |
| SERINGUE 5 CC (100)(1)                |                                                          | 2        |       | 0,82    |
| SERINGUE ICC 25G*16 (100)(1)          |                                                          | 1        |       | 0,90    |
| SERINGUE ICC 25G*36 (100)(1)          |                                                          | 1        |       | 0,90    |
| TRANSFUSEUR (001)                     |                                                          | 2        |       | 9,00    |
| Sous-Total consommable médical        |                                                          |          |       | 194,45  |
| Total pharmacie                       |                                                          |          |       | 194,45  |

CLINIQUE AL MADINA  
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard (en face du Lycée le Cèdre), Quartier Palmiers  
Tél: 0522.77.77.40 à 49 (LG) / 05.22.25.00.02  
Fax: 05.22.25.00.01 - Casablanca - E-mail: clinique.almadina@yahoo.fr - I.F n° : 1007171 - Patente : 34782425 - ICE : 001630200000096



## نتائج التحليلات الطبية

## Résultats des Analyses Biologiques

معلومات تخص المريض  
Information concernant le malade

**Nom** : CHAOUI AZIZ

Prénom : ABDELLATIF

**N° du dossier : 0611092**

**Etablissement** : CLINIQUE AL MADINA

**Service :**

Réf de demande :

**N° de séjour :**

| Première détermination         | Deuxième détermination  |
|--------------------------------|-------------------------|
| Date de réception : 10/03/2020 | Date de réception :     |
| Heure de réception : 09:15     | Heure de réception :    |
| N° du prélèvement : 8066251    | N° du prélèvement :     |
| <b>Groupe sanguin :</b>        | <b>Groupe sanguin :</b> |
| Phénotype :                    | Phénotype :             |
| :                              | :                       |
| :                              | :                       |
| :                              | :                       |
| :                              | :                       |
| RAI : Négative                 | RAI :                   |
| Test de coombs :               | Test de coombs :        |
| Anti corps Irrégulier :        | Anti corps Irrégulier : |

## Le responsable du laboratoire

مسؤول المختبر



ROYAUME DU MAROC  
Ministere de la Sante  
Centre National de Transfusion  
Sanguine  
RABAT

12/03/2020

Nom : CHAOUI AZIZ  
Prenom : ABDELLATIF  
Numero de  
Etablissement CLINIQUE AL MADINA  
Service  
Date prelevement 10/03/2020

Dossier : 0611092  
Prelevement: 8066251  
Ref. de demande:

ANALYSES EFFECTUEES

=====

PRIX

=====

RESULTAT

=====

RAI 30.00 Dh: Négative

SIGNATURE  
RESPONSABLE DU LABORATOIRE

**BON d'ATTRIBUTION**  
NUMERO 0000000527318

**Date et heure** 11/03/2020 - 11:30  
**Etablissement** CLINIQUE AL MADINA (05PRI00123)  
RUE MANSARD EN FACE DU LYCEE  
CASA  
20000

**Malade no** 0529990  
**Nom et prenom** CHAOUI AZIZ ABDELLATIF  
**Sexe / ne(e) le** M  
**Groupe sanguin** B Positif

**Service**  
**Ref. commande** 1002440756

**CGR homologue Déleucocyté Syst clos (3H100)**

| Four | NO DE DON / | No Lot | GR  | Unite | Qte | Perime le  | Qualificatifs | Vol |
|------|-------------|--------|-----|-------|-----|------------|---------------|-----|
| 0005 | 05192828913 |        | B + |       | 1   | 21/04/2020 |               | 250 |

**TOTAL**

| Produit - Libelle                             | Qte | Vol | PU (Dh)   | Prix Total |
|-----------------------------------------------|-----|-----|-----------|------------|
| 3H100 / - CGR homologue Déleucocyté Syst clos | 1   | 250 | 509/poche | 509        |

**Signature responsable**

MOUNIA.K





**BON d'ATTRIBUTION**  
NUMERO 0000000527079

**Date et heure** 10/03/2020 - 16:18  
**Etablissement** CLINIQUE AL MADINA (05PRI00123)  
RUE MANSARD EN FACE DU LYCEE  
CASA  
20000

**Malade no** 0529990  
**Nom et prenom** CHAOUI AZIZ ABDELLATIF  
**Sexe / ne(e) le** M  
**Groupe sanguin** B Positif

**Service**  
**Ref. commande** 1002440752

**CGR homologue Déleucocyté Syst clos (3H100)**

| Four | NO DE DON / | No Lot | GR  | Unite | Qte | Perime le  | Qualificatifs | Vol |
|------|-------------|--------|-----|-------|-----|------------|---------------|-----|
| 0005 | 05192977679 |        | B + |       | 1   | 20/04/2020 |               | 250 |
| 0005 | 05193026998 |        | B + |       | 1   | 15/04/2020 |               | 250 |

**TOTAL**

| Produit - Libelle                             | Qte | Vol | PU (Dh)   | Prix Total |
|-----------------------------------------------|-----|-----|-----------|------------|
| 3H100 / - CGR homologue Déleucocyté Syst clos | 2   | 500 | 509/poche | 1018       |

**Signature responsable**

WAFA.H

