

# 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 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

ND: 28362

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0001323

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1033 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : MOUSTATI Ali Date de naissance : 01 01 1938  
Adresse : AB Moulay Boucharbue Rue SN° 16 C.1  
Tél. : 0677604308 Total des frais engagés : 8646,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdellah TRAB  
Chirurgien Urologue  
351, Avenue Réda Guedira (EX.NII)  
1er Etage, Cité Djemaa - Casablanca  
Tél : 0522 56 36 35 - 0522 56 36 80

Date de consultation : 19/03/2020  
Nom et prénom du malade : MOUSTATI Ali Age : 89 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Tumeur de l'anneau  
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 : 19/03/2020 Le :  
Signature de l'adhérent(e) : Ali



# 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
20/03/2020	Voir le point la facture	7500/100 300 dh		

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KOUTOUMIA 20/03/2020	20/03/2020	451,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20/03/2020	1000 80	395,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				Coefficient DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		Coefficient DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																
			DATE DU DEVIS																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CLINIQUE AL MOUAHIDINE

CHIRURGIE VISCERALE - TRAUMATOLOGIE ET ORTHOPEDIE -  
NEUROCHIRURGIE - UROLOGIE - CHIRURGIE VASCULAIRE - ORL -  
GYNECOLOGIE - REANIMATION.

INPE: 92036904  
Tél: 05 22 37 31 07 - 05 22 57 39 24  
Cité Djama - Casablanca  
Lotissement Mouahidine Rue 24 N°104  
Docteur Mohamed AARAF  
Pharmacie KOUTOUBIA

20.03.20  
Pharmacie le: Casablanca

267,00

①

STAYOM 400



[y]

170,00

②

OF KEN 200



✓ - - - -

74,00

③

doliprén 1000



[y]

T = 451,00

ARV en la clinique le 23/3/2011

**Staxom<sup>®</sup>**  
Moxifloxacin

7 Comprimés pelliculés  
Voie orale

PPV :267DH00

LOT 182800 1 EXP 12 2020  
PPV 170.00 DH

PPV:14DH00  
PER:11/22  
LOT:I2532





**CLINIQUE AL MOUHAHIDINE**  
CHIRURGIE VISCERALE - TRAUMATOLOGIE ET ORTHOPEDIE -  
NEUROCHIRURGIE - UROLOGIE - CHIRURGIE VASCULAIRE - ORL -  
GYNECOLOGIE - REANIMATION.

les infir  
SVP  
—

BILLET D'EXAMEN

Date: 19/03/2020

Nom et Prénom : DOUSTATI Ali N° d'admission: .....

- NFS - from Lage
- TP & TCIC
- Urin - creat

Docteur Abdoul  
Chirurgien  
351, Avenue de la Liberté  
1er Etage, Cité Djazair  
Tél: 0522 56 35 36 - Ur

Medecin traitant

DOUSTATI  
—

# CLINIQUE AL MOUAHIDINE

## CHIRURGIE GENERALE

Tel : 05 22 35 62 32 / 340734 Fax : 0522340747

BENNANI ADII

### F A C T U R E

N° : 7639 / 2020 du 28/04/2020

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation	
Mr MOUSTATI ALI	Payant	19/03/20	20/03/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
------------------------------	-------------	------	---------------	------------

CHAMBRE		1,00	600,00	600,00
SALLE OPERATION		1,00	1 900,00	1 900,00
			<b>Sous/Total</b>	<b>2 500,00</b>
PHARMACIE		1,00	200,00	200,00
			<b>Sous/Total</b>	<b>200,00</b>
<b>Total clinique</b>				<b>2 700,00</b>

DR. TRABI ABDELLAH (urologue)		1,00	4 500,00	4 500,00
DR. DR FASSI FIHRI SL (anesthésiste)		1,00	300,00	300,00
			<b>Sous/Total</b>	<b>4 800,00</b>
<b>Total autres prestations</b>				<b>4 800,00</b>

Arrêtée à la somme de :	<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>7 500,00</b>
SEPT MILLE CINQ CENTS DIRHAMS		



## CLINIQUE AL MOUAHIDINE

## NOTE D'HONORAIRES

AD

Le : 28/04/2020 10:56

Références

7639 / Payant

N° 88639

Entrée / Sortie : 19/03/2020 - 20/03/2020

Le Docteur DR FASSI Fihri Slimane

présente à Mr MOUSTATI ALI

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
300,00 Dhs (TROIS CENTS DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Dr. FASSI Fihri  
Anesthésiste Réanimateur

Cachet et signature

## CLINIQUE AL MOUAHIDINE

## NOTE D'HONORAIRES

AD

Le : 28/04/2020 10:56

Références

7639 / Payant

N° 88640

Entrée / Sortie : 19/03/2020 - 20/03/2020

Le Docteur TRABI ABDELLAH

présente à Mr MOUSTATI ALI

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
4 500,00 Dhs (QUATRE MILLE CINQ CENTS DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Docteur Abdeillah Trabi  
Chirurgien Orthopédiste  
351 Avenue Raja Mohammed VI (Ex NII)  
1er Etage, Cité Djemaa el Jadida - Casablanca  
Tél: 0522 56 36 35 - Urgence : 0561 22 20 80

Cachet et signature

# CLINIQUE AL MOUAHIDINE

CHIRURGIE GENERALE  
Tel : 05 22 35 62 32 / 340734 Fax : 0522340747

CASABLANCA

## BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 19/03/2020 Heure 14:08

Nom et Prénom du patient Mr MOUSTATI ALI

Age ou Date Naissance 0 -

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone 0666874014

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant TRABI ABDELLAH

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 1,00

Motif d'hospitalisation

Affiliation à une couverture maladie NON

### Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

*Nom et prénom du signataire :*

*Signature*

### Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 20/03/2020

Heure 10:55

Durée d'hospitalisation (jours) 1,00

*Nom et prénom du signataire*

*Signature*



# CLINIQUE AL MOUAHIDINE

BD DE LA GRANDE CEINTURE HAY MOHAMMADI

TEL 05 22 35 62 32 - 05 22 34 07 34

FAX 05 22 34 04 47

CASABLANCA LE : 28/04/2020

## PHARMACIE

NOM PRENOM MOUSTATI ALI

N° FACTURE : 7639/2020

PRODUIT	QUANTITE	P. UNI	MONTANT
S.S	1	15,00	15,00
TUBULURE	1	10,00	10,00
INTRANULE	1	5,00	5,00
TRICEF INJ	1	69,80	139,60
MORPHINE	1	31,10	31,10
TOTAL			200,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE: DEUX CENT DHS.



CLINIQUE AL MOUAHIDINE

CASABLANCA

RAPPORT MEDICAL

Notre référence 539/20

Identité du patient MOUSTATI ALI

N° C.I.N du patient

Adresse

Médecin traitant Dr. TRABI ABDELLAH

Date intervention 19/03/2020

Nature de l'acte :

*Amputation*

Compte rendu :

- *Les 2 ctas - Prostheses*
- *Tuér. ps-prostheses*
- *ectas de la p...*
- *Amerectione +*
- *Electa - Coapation*
- *fecta de la p... ps*
- *Inde prostetion*
- *FHAB ps ctas de*
- *seps ct = 14.*

Docteur Abdellah TRABI  
Chirurgien Urologue  
351, Avenue Reda Guedira (EX Nil)  
1er Etage, Cité Djemaa - Casablanca  
Tél : 0522 56 36 36 - Urgence : 0661 32 50 80

INPE : 097166763



097166763

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AR-RAZI

125, Avenue Mers Sultan

Tél. : 0522 26 56 28 & 0522 27 24 9

ICE : 002309964000032 - IF 37608206

**FACTURE N° : 200300306**

Casablanca le 29-03-2020

**Mr. Ali MOUSTATI**

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
Analyse	Clé	Coefficient	Total
Forfait traitement échantillon sanguin	E	20	20.00 MAD
Urée	B	30	40.20 MAD
Taux de prothrombine	B	40	53.60 MAD
Temps de céphaline: TCK	B	40	53.60 MAD
Numération formule	B	80	107.20 MAD
Groupe ABO Rhésus	B	60	80.40 MAD
Créatinine	B	30	40.20 MAD
Total			395.20 MAD

TOTAL DOSSIER : 395 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent quatre-vingt-quinze dirhams

LABORATOIRE AR-RAZI  
Analyses Médicales et Scientifiques  
125, Avenue Mers Sultan, Casablanca  
Tél: 0522 26 56 28 Fax: 0522 27 24 99



Date du prélèvement : 19-03-2020 à 11:28  
Code patient : 2003190012  
Né(e) le : 01-01-1986 (34 ans)

**Mr. MOUSTATI Ali**  
Dossier N° : 2003190012  
Prescripteur :



### HEMATOCYTOLOGIE

#### NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Sang total, cytométrie en flux, variation d'impédance)

##### GLOBULES ROUGES (Erythrocytes)

Hémoglobine	5.90	M/μl	(4.28-6.00)
Hématocrite	16.5	g/dL	(13.0-18.0)
VGM (Volume globulaire moyen)	52.8	%	(39.0-53.0)
TCMH	89.5	fL	(78.0-98.0)
CCMH	27.9	pg	(26.0-34.0)
	31.3	g/dL	(31.0-36.0)

VPM

##### GLOBULES BLANCS (Leucocytes)

1-Polynucléaires Neutrophiles	65.9%	Soit	4 956/mm <sup>3</sup>	(1 400-7 700)
2-Polynucléaires Eosinophiles	1.6%	Soit	120/mm <sup>3</sup>	(20-630)
3-Polynucléaires Basophiles	1.0%	Soit	75/mm <sup>3</sup>	(0-110)
4-Lymphocytes	24.1%	Soit	1 812/mm <sup>3</sup>	(1 000-4 800)
5-Monocytes	7.4%	Soit	556/mm <sup>3</sup>	(180-1 000)
			231 000 /mm <sup>3</sup>	(150 000-400 000)

##### PLAQUETTES

CCMH= Concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine

TCMH= Teneur corpusculaire moyenne en hémoglobine

Remarque: Chez la femme enceinte, une chute progressive de l'hémoglobine à 11-12 g/dl dès la 10ème Semaine d'Aménorrhée.

### HEMOSTASE

Sang total citraté

**TAUX DE PROTHROMBINE (Temps de Quick)**

91 % (70-140)

LABORATOIRE AR-RAZI  
125, Avenue Mers Sultan - Casablanca  
Tél: 05 22 27 24 99 - 05 22 26 56 28

Docteur ABID Rajae  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
125, Avenue Mers Sultan 2ème Etage  
Casablanca - Tél: 05 22 26 56 28

**Dr. Rajae ABID**

**Médecin Biologiste**

2003190012 – Mr. Ali MOUSTAH

- Lauréate Faculté de médecine et de pharmacie Hassan II - Casablanca
- Diplôme en management de la qualité des laboratoires d'analyses médicales - Bordeaux
- Biologiste responsable à la polyclinique CNSS,

### Temps de céphaline activée (TCA)

Temps du patient

(Technique chronométrique)

Temps du témoin

Ratio patient/témoin

27.5 sec. (24.0-35.0)

32.0 sec.

0.86 (<1.20)

## IMMUNO-HEMATOLOGIE

### GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

Groupe sanguin ABO

Rhésus (D)

A

Positif

## BIOCHIMIE SANGUINE

Urée

(Technique enzymatique à l'uréase UV)

Créatinine

(Technique de Jaffé compensée)

Conclusion

0.30 g/L (0.15-0.45)

5.00 mmol/L (2.50-7.49)

16.95 mg/L (7.00-13.00)

150.0 µmol/L (62.0-115.1)

Validé par : **ABID Rajae**

LABORATOIRE AR-RAZI  
Analyses Médicales et Scientifiques  
125, Avenue Mers Sultan - Casablanca  
Tél : 05 22 27 24 99 - 05 22 26 56 28  
Fax : 05 22 27 24 99

**Docteur ABID Rajae**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
125, Avenue Mers Sultan 2ème Etage  
Casablanca - Tél : 05 22 26 56 28