

# 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.

## Biologie 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.

## Educateur :

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.

## Prothésiste :

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

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° P19- 0028547

☒ Maladie

☐ Dentaire

N° D. 11754

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1212 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHAOUI AZIZ AB-LELLATF  
Date de naissance : 25.04.1949  
Adresse : Lot BALLABAK N° 48 AIN DIAB  
CAJA  
Tél. : 0662839855 Total des frais engagés : 4315,47 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Saâdia ZAFAD  
Professeur Agrégée  
Hématologie - Oncologie  
CLINIQUE AL MADINA  
Tél. 05 22 77 77 44  
Gsm : 06 55 54 20 44  
Date de consultation : 25/10/2019  
Nom et prénom du malade : CHAOUI AZIZ  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Spléno-mélogénèse  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : To DEC. 2019  
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 : 25/10/2019  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





# 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
05/12/10	transfusion	43	43	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

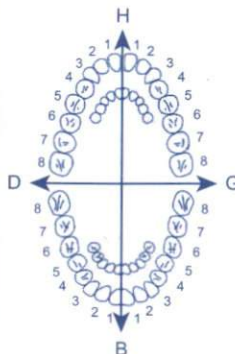
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div> 21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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

**F A C T U R E**

N° : 7654 B / 2019 du 28/10/2019

TRANSFUSION

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

Entrée 25/10/2019

Sortie 26/10/2019

Désignation des prestations

Nombre

Lettre Clé

Prix Unitaire

Montant

SEJOUR				
TRANSFUSION K10	2,00	FC	500,00	1 000,00
	2,00		300,00	600,00
				1 600,00
PHARMACIE	1,00		138,47	138,47
				138,47
<b>Total Clinique</b>				<b>1 738,47</b>

PR. ZAFAD SAADIA (hematologue)	2,00	K	450,00	900,00
				900,00
CENTRE TRANSFUSION SANGUINE	1,00	SANG	1 677,00	1 677,00
				1 677,00
<b>Total Autres prestations</b>				<b>2 577,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE MILLE TROIS CENT QUINZE DIRHAMS QUARANTE-SEPT CENTIMES

**Total 4 315,47**

**CLINIQUE AL MADINA**  
FACTURATION  
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca  
Tél: 0522.77.77.40 à 49 (L.G)  
Fax: 0522.25.00.01



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

	Quantité	Prix Unitair	Montant
AIGUILLES 25G (100)(1)	2	0,42	0,84
BETADINE 10% 125ML (001)	1	15,60	15,60
CHLORURE SODI LAP POCH 100ML (050)(1)	2	10,30	20,60
COMPRESSE STERILE 7,5*7, (200)(1)	6	2,95	17,70
GANT D'EXAMEN LATEX 6/7 S (100)(1)	8	0,90	7,20
INTRANULES BLEUES 22 G (100)(1)	2	4,50	9,00
PHARMAFIX 10*10 (001)	1	46,23	46,23
SERINGUE 5 CC (100)(1)	2	0,90	1,80
SERINGUE 1CC 25G*36 (100)(1)	1	1,50	1,50
TRANSFUSEUR (001)	2	9,00	18,00
Sous-Total consommable médical			138,47
Total pharmacie			138,47

**CLINIQUE AL MADINA**  
**FACTURATION**  
Angle Rue Mohamed Bahi et Rue Mansard  
Quartier Palmiers - Casablanca  
Tél: 0522.77.77.40 à 49 (L.G)  
Fax: 0522.25.00.01

**BON d'ATTRIBUTION**  
NUMERO 0000000476074

**Date et heure** 24/10/2019 - 09:24  
**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** 1002291749

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

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05192748702		B +		1	03/12/2019		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



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

26/10/2019

Nom : CHAOUI AZIZ  
Prenom : ABDELLATIF  
Date de naissance :  
Etablissement CLINIQUE AL MADINA

Dossier : 0573380  
Prelevement: 3049140  
Ref. de demande:

ANALYSES EFFECTUEES	PRIX	RESULTAT
=====	=====	=====
ABO Rh Identification 1	45.00 DH: B Positif	
phenotype KELL	75.00 DH: K+	
RAI	30.00 Dh: Négative	

SIGNATURE

MEDECIN RESPONSABLE



**BON d'ATTRIBUTION**  
NUMERO 0000000475692

**Date et heure** 23/10/2019 - 10:15  
**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** 1002291744

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

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05192550747		B +		1	02/12/2019		250
0005	05192550763		B +		1	02/12/2019		250

**TOTAL**

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

**Signature responsable**

NAIMA.E

