

# 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.

## 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.

## Prothèse :

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



## Déclaration de Maladie

N° P19-0048453

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0005156 Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : Lo. hanaoui abdellah

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : 05 26 49 43 17 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

Nature de la maladie : .....

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) :  ACCUEIL



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien	SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)	SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
ONPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre	AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin	AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin	AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade	AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié	R-Z = Electro - Radiologie
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie	B = Analyses
K = Actes de chirurgie et de spécialistes	

## POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remi sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| - L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE                  | - LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES |
| - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL                   | - L'ORTHOPEDIE                    |
| - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU             | - LA REEDUCATION                  |
| - PREVENTORIUM                                   |                                   |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS                      | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit        | - LES CURES THERMALES             |
| - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  | - LA CIRCONCISION                 |
| - globaux comportant un ou plusieurs échelonnées | - LE TRANSPORT EN AMBULANCE       |
| - dans le temps.                                 |                                   |

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883  
FAX : 91.26.52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 0409178

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Latouaoui Abdelhak  
Matricule : 0005156 Fonction : RETR AIDE Poste :  
Adresse : Hay El Bahja Marrakech N° 77  
Tél. : 0526.49.48.17 Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Mama Latouaoui Age :      
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie :  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :  
A : le :  
Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

### VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 409178  
Matricule N° : 0005156  
Nom du patient : Mama Latouaoui  
Date de dépôt :  
Montant engagé : 500 DA  
Nombre de pièces jointes : 2 PC





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
09/11/15				

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
	09/09/19	B380	500,00

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES															
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.															
Important : Veuillez 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												
<b>O.D.F.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
	H	25533412	21433552												
	D	00000000	00000000												
	G	00000000	00000000												
	B	35533411	11433553												
	(Creation, remont, adjonction) Fonctionnel, Therapeutique, necessaire a la profession														

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT 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

**DR. EZ-ZAHRAOUI Khalil**

Spécialiste en analyses biologiques médicales

- Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Diplôme Universitaire en Parasitologie et Mycologie
- Diplôme Universitaire en management de la qualité

**الدكتور الزهراوي خليل**

متخصص في البيولوجية الطبية

- خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
- شهادة جامعية في علم الطفيليات والفطريات
- شهادة جامعية في إدارة الجودة

**FACTURE: 21492/2019**

ICE: 001652796000037 -- IF: 68907547 -- CNSS: 4322038 -- INPE: 077164564/073061939

MARRAKECH le

Nom et prénom

Référence

Médecin prescripteur

09/09/2019

MLLE MOUNA LAHOUAOUI

17J341

Docteur HAJAR ELASSAS

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
TACROLIMUS	320
UREE (AZOTEMIE, UREMIE)	30
CREATININE SERIQUE	30
Total du (B)	B 380
Prise de sang (PC)	11,50 DH
Montant en DH	500,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: CINQ CENT DIRHAMS

LABORATOIRE AL MASSIRA  
Docteur KHALIL EZ-ZAHRAOUI  
Biologiste Médical  
Al Massira I, Lotissement C N° 18 Marrakech  
Tél : 05 24 34 35 72 - Fax : 05 24 49 79 85





Biologistes co-responsables : Sylvie Cado, Nesrine Day

Biologistes médicaux

H. Belaoui  
L. Verdume  
J.M. Costa  
M.M. Coude  
I. El Rajji Ridah  
S. Defasque  
F. Floch

A. Ganon  
S. Haim-Boukoba  
P. Kleinfinger  
I. Lacroix  
L. Lohmann  
S. Mehlal Sedkaoui  
Y. Pepino

J.D. Poveda  
S. Samaan  
S. Schmit  
S. Trombert  
D. Trost (Biologiste généticien)  
M. Valduga

Médecins anatomo-cytopathologistes

C. Bergeron (Responsable)

M. Bonnière  
S. Chanel  
Y. Elouaret  
A. Gaulier

M. Grossin  
K. Hadid  
L. Miranda\*

P /w 994-101 /s 994-101

**LAHOUAOUI**

**MOUNA**

Né(e) le 01.01.2000

Sexe : F

Dossier n° : **19V0051052**

**LABM AL MASSIRA**

**DR EZ ZAHRAOUI KHALIL**

**ALMASSIRA I LOTISSEMENT C VILLA 18**

**40000 MARRAKECH**

**MAROC**

Transmis par LABM AL MASSIRA

Vos références : INMA932820 / .

16693

Enregistré le : 09.09.2019

Edité le :

11.09.2019

Ex envoyé(s) au(x) : Laboratoire

**RENSEIGNEMENTS THERAPEUTIQUES : posologie, date et heure dernière prise**

tacrolimus dp 10h soir

09.09.19 22:52:20 CLOUET

● **TACROLIMUS (FK 506) (LC-MSMS)**

Prélèvement : 05.09.2019 Sang 08h 15

**5,3 ng/ml**

Les valeurs de référence conseillées pour un taux résiduel (juste avant une nouvelle prise) :

- 10 à 15 ng/ml entre J0 et J42

- 5 à 10 ng/ml après la 6ème semaine

- Risque toxique pour des concentrations > 20 ng/ml.

L'interprétation de ces valeurs doit tenir compte également du type de greffe et du traitement associé.

Simon Samaan (01 34 40 20 20)

Compte rendu complet

**DR. EZ-ZAHRAOUI Khalil**

Spécialiste en analyses biologiques médicales

- Diplômé de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Diplôme Universitaire en Parasitologie et Mycologie
- Diplôme Universitaire en management de la qualité

**الدكتور الزهراوي خليل**

متخصص في البيولوجية الطبية

- خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط
- شهادة جامعية في علم الطفيليات والفطريات
- شهادة جامعية في إدارة الجودة

041-09119

Prélèvement du : 09/09/2019

Résultats édités le: 09/09/2019

Prescripteur: Docteur HAJAR ELASSAS

**MLLE MOUNA LAHOUAOUI**

Dossier N° 17J341

Page: 1/1

### BIOCHIMIE SANG

Valeurs de référence

UREE.....: 0,37  
6,14

g/l

0,16 à 0,50 g/L

mmol/l

2,65 à 8,30 mmol/L

Antécédent du 07/09/19 - 08:40 : 0,46 g/l

CREATININE.....: 11,62  
102,84

mg/l

5,00 à 12,00 mg/l

μmol/l

44,25 à 106,20 μmol/l

Antécédent du 07/09/19 - 09:40 : 13,20 mg/l

### MÉDICAMENTS

**Tacrolimus**

Technique: Architect Abbott/ ECLIA

Résultat: **en cours**

Antécédent du 05/09/19 - 08:13 : --

Total de pages: 1

**LABORATOIRE AL MASSIRA**  
**Docteur KHALIL EZ-ZAHRAOUI**  
Biologiste Médical  
Al Massira I, Lotissement C N° 18 Marrakech  
Tél : 05 24 34 35 72 - Fax : 05 24 49 79 85



Nom : Mouna Lachouar  
Prénom :  
N° d'Entrée :

**Bon d'Examen** B.O. AR/ N° 492099

Renseignements Cliniques	Résultats
<p>To Prosf Mlle / Ceat</p>	<p>LABORATOIRE AL MASSIRA Docteur KHALIL EZ-ZAHRAOUI Biologiste Médical Al Massira I, Lotissement C N° 18 Marrakech Tél : 05 24 34 35 72 - Fax : 05 24 49 79 85</p>