

# 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.

## Prothésaire :

- 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 049958

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5156 Société : 40839

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : LAHOUAR ABDELLAH

Date de naissance : 05.24.49.43.17

Adresse : HAY EL BOHJA MARROKESH 177

Tél. : 05.24.49.43.17 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) :





# 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
CNPSY	= 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 remis 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

DATE DE DEPOT

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 : LAHOUCHE Abdellah  
Matricule : 0005156 Fonction : Retraite Poste :  
Adresse : Hay El Bahja Manakech n° 177  
Tél. : 05 84 49 43 17 Signature Adhérent : [Signature]

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT


Nom & Prénom du patient : Melle LAHOUCHE Houria Age : 07 | 04 | 2000  
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 31 AOUT 2020  
Nature de la maladie : Brefon renal / Greffe renal  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :  
A : Manakech le 31 AOUT 2020  
Durée d'utilisation 3 mois



Dr. Maryem Labrassi  
Chirurgie - Médecin



## 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
31 AOUT 2020 31/08/20	Echographie du Greffon renal C.		800,00 G.	

## 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

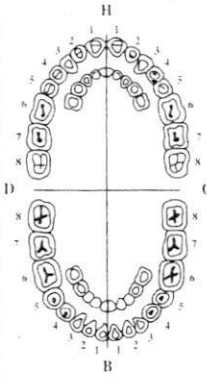
## AUXILIAIRES MEDICAUX

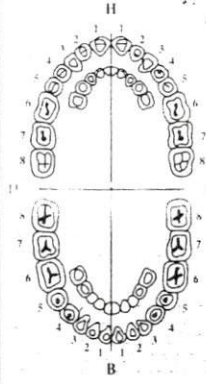
Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table><tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr><tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr><tr><td></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		00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
		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



**ORDONNANCE**

Date: 31/08/20

B.O. : AR / N° 450146

Nom & Prénom : Lahouari Nouno.

RC : Greffe rénale, signes d'un  
rejet chronique.

Prière de faire un écho doppler  
du greffon.

Deci.

Signature et cachet du médecin

Dr. Maryem Labrassi  
Néphrologue Dialyse  
CHU - Med VI

CABINET DE CONSULTATION DE MEDECINE INTERNE,  
D'ANGIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS VASCULAIRES

Dr Abdelouahab SEBBAN  
Spécialiste en Médecine Interne  
Angéologue - Phlébologue

Marrakech le : 31/08/2020

*NOTE D'HONORAIRES : 2242020*

*INP : 071126221*

Identité du patient : Melle LAHOUAOUI Mouna.

Actes médicaux : Echodoppler du greffon rénal.

Honoraires perçus : Huit cents dirhams (800 MAD).

Marrakech le 31/08/2020

**Dr A. SEBBAN**



TP: 45300478; IF: 69104365; CNSS: 6400684; ICE: 001851328000044

---

91, Rue Mohamed El Beqal n° 6 – Marrakech – Guéliz – Tél: 05 24 43 15 02  
email : angiosebban@gmail.com



- Diplômé de l'Université de Bordeaux
- Ancien Praticien des Hôpitaux de France
- Membre de la Société Nationale Française de Médecine Interne
- Explorations des Artères et des Veines
- Doppler continu - Echodoppler Vasculaire
- Capillaroscopie - Sclérothérapie

- خريج جامعة بوردو
- طبيب ممارس سابقا بمستشفيات فرنسا
- عضو الجمعية الوطنية الفرنسية للطب الداخلي
- تشخيص الشرايين والأوردة
- فحص بالأشعة دبلير
- فحص العروق الشعرية

Marrakech, le : 31-08-2020

**ECHODOPPLER DU GREFFON RENAL**

**IDENTITE :** Melle LAHOUAOUI Mouna

**Age :** 20 ans

**MEDECIN :** Pr CHETTATI (Service de Néphrologie CHU Med VI Marrakech).

**INDICATIONS :** Contrôle du greffon rénal posé le 17/12/2018. Élévation de la créatinine.

**RESULTATS :**

**Au niveau abdominal :**

L'aorte abdominale est de morphologie normale. Il n'y a pas d'ectasie ni d'anévrisme. Son diamètre est de 11,8 mm. Son flux est normal.

Les artères iliaques primitives et externes ne présentent pas d'anomalie morphologique, ni de flux.

Le greffon rénal est bien visualisé. Il est situé au niveau de la fosse iliaque droite (FID). Il mesure 117,3 mm d'axe bipolaire avec une très bonne différenciation corticomédullaire et une légère dilatation pyélocalicielle. Il présente une très bonne répartition intra parenchymateuse artérielle et veineuse.

Les artères hilaires, lobaires, inter-lobaires et arquées sont très bien visualisées et bien enregistrées avec des flux normaux et des Index de Résistances (IR) respectivement à 0,67 ; 0,67 ; 0,66 et 0,61

L'artère alimentant le greffon est bien visualisée. Il présente un flux correct. Son flux est normal. Son IR à 0,75.

Il n'a été retrouvé d'anomalie morphologique, ni de thrombose veineuse intra parenchymateuse ou pelvienne.

**CONCLUSION**

*Pas d'anomalie morphologique ni hémodynamique aorto-bi-iliaque.*

*Greffon rénal de taille normal avec une bonne différenciation corticomédullaire et une bonne répartition intra parenchymateuse artérielle et veineuse.*

*Dilatation pyélocalicielle modérée.*

*Pas d'anomalie hémodynamique intra parenchymateuse et de l'artère du greffon.*

*Merci pour votre confiance.*

Marrakech le 31/08/2020

**Dr A. SEBBAN**

