

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

## Pathologie 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.

## 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5156

Société : 40839

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : LAHOUADOU ABDELLAH

Date de naissance :

Adresse : Hay El Balya Marrakech 41111

Tél. : 05 22 41 91 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) : 

**MUPRAS**  
**ACCUEIL**

21 SEP. 2020

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
 CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)

CNPSPY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre

V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin

VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin

VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade

VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié

PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie

K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence

SFI = Scins infirmiers pratiqués par la sage femme

AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute

AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière

AP = Actes pratiqués par un orthophoniste

AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste

R-Z = Electro - Radiologie

B = Analyses

## 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  
 - L'HOSPITALISATION EN HOPITAL  
 - L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
 - PREVENTORIUM  
 - SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
 - LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit  
 - d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
 - globaux comportant un ou plusieurs échelonnements  
 - dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES  
 - L'ORTHOPÉDIE  
 - LA REEDUCATION  
 - LES ACCOUCHEMENTS  
 - LES CURES THERMALES  
 - LA CIRCONCISION  
 - LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## 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 Prevoyance 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 : Lahouaoui Abdellah

Matricule : 0005156 Fonction : Retraite Poste :

Adresse : Hay El Bajia Marrakech N° 127

Tél. 05 24 43 15 17 Signature Adhérent : Lahouaoui Abdellah

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Myelle Lahouaoui Houna Age 107 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 : Béneffion renal / Greffe renal

S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances

A ... Marakech, le 31 AOUT 2020

Durée d'utilisation 3 mois



Signature et casier judiciaire du médecin  
 Dr. Lahouaoui Abdellah, Sebda

Dr. Lahouaoui Abdellah, Sebda

## **RELEVE 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                             |
|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| AOUT 2020<br>10/08/20 | Echo Doppler<br>du Greffon<br>renal |                       | 800,00                          | <br>Nabil |
|                       | C.                                  |                       | 0.                              |  |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **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 | Dates des<br>soins | Nombre |    |    |    | Montant<br>détaillé des<br>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 |
|                              |  |   |   | <input type="text"/>    |
|                              |  |   |   | MONTANT DES SOINS       |
|                              |  |   |   | <input type="text"/>    |
|                              |  |   |   | DEBUT D'EXECUTION       |
|                              |  |   |   | <input type="text"/>    |
|                              |  |   |   | FIN D'EXECUTION         |
|                              |  |   |   | <input type="text"/>    |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES |  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE         |   |                         |
|                              |  | H<br>25533412<br>00000000<br>00000000<br>35533411 | G<br>21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 | Coefficient des travaux |
|                              |  | B   |   | <input type="text"/>    |
|                              |  |   |   | MONTANT DES SOINS       |
|                              |  |   |   | <input type="text"/>    |
|                              |  |   |   | DATE DU DEVIS           |
|                              |  |   |   | <input type="text"/>    |
|                              |  |   |   | DATE DE L'EXECUTION     |
|                              |  |   |   | <input type="text"/>    |

(Création, remont, adjonction,  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession)

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 : Lahouaoui Mouna.

RL : Greffé rénale, signes d'un  
rejet chronique

Priez de faire un écho doppler  
du greffon.

merci .

Signature et cachet du médecin

Dr. Maryem Labrassi  
Nephrologue et 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: 001851326000044

---

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

# **Dr. Abdelouahab SEBBAN**

Spécialiste en Médecine Interne

Angéologue - Phlébologue

- 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

# **الدكتور عبد الوهاب الصبان**

اختصاصي في الطب الداخلي  
اختصاصي في أمراض الشرايين والأوردة

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

Marrakech, le : 31-08-2020

## **ECHODOPPLER DU GREFFON RENAL**

**IDENTITE** : Melle LAHOUAOUI Mouna

**Age** : 20 ans

**MEDECIN** : Pr CHETTATTI (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**



05 24 43 15 02 - مراكش - جليز - الهاتف : 91

91, Rue Mohamed El Beqal N° 6 - Marrakech - Guéliz - Tél. : 05 24 43 15 02

E-mail : sebban4@hotmail.com