

# 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

- Reclamation : 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**

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

Déclaration de Maladie

M24- 0003885

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 70186 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Karin Driss

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... 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 :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

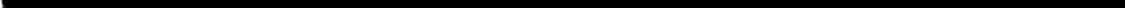
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



## 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

## 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
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# 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)  
CNPSY = 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 couvrant et de petite chirurgie  
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence  
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute  
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 EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes  
- globaux comportant un ou plusieurs échelons  
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES  
- L'ORTHOPEDIE  
- 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

DATE DE DEPOT



# MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 866286

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : R. Krim. Bennis  
Matricule : 10186 Fonction : Rehausse Poste : Dr. A. A. A.  
Adresse : 84 Rue 87 DAN BOR Hy 82 ym Ben mela  
Tél. : 0621 26 60 78 Signature Adhérent : sign

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Krim. Bennis Age       
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant   
Date de la première visite du médecin : 25/12/74  
Nature de la maladie : Maladie  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances  
.....  
A Ben mela le 25/12/74 Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois

## 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
25/3/24		01	150,00	Dr. KHADRAOUI Médecin Généraliste 60, Bd. Med. Dr. M. BERRECHID 33.821.002-21.40.25

## 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 Cœfficients	Montant des Honoraires
BERRECHID	02/04/24	2	560,00

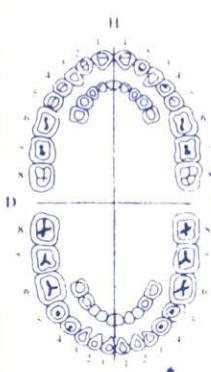
## AUXILIAIRES MEDICAUX

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	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552		CŒFFICIENT DES TRAVAUX
D	00000000	00000000		
	00000000	00000000		MONTANT DES SOINS
	35533411	11433553		DATE DU DEVIS
B				DATE DE L'EXECUTION
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>				<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>

# BILAN BIOLOGIQUE

Le : 26/3/2024

Nom / Prénom : Kaim. Driss

Age :

Sexe : M  F

## ◆ Groupage sanguin

- Groupe
- Rhésus
- RAI
- Phénotype Rhésus
- Coombs Indirect
- Coombs direct

## ◆ Hématologie/infectiologie

- NFS
- Plaquette
- Electrophorèse de l'hémoglobine
- Réticulocytes
- VS
- CRP
- Procalcitonine

## ◆ Bilan d'hémostase

- TP
- INR
- TCK
- Fibrinogène
- D-Dimères

## ◆ Bilan lipidique

- Cholésterol total
- Cholésterol HDL
- Cholésterol LDL
- Triglycérides

## ◆ Bilan glycémique

- Glycémie à jeun
- Hyperglycémie provoquée
- Hémoglobine glyquée

## ◆ Bilan martial

- Fer sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine

Autres :

RSA

## ◆ Ionogramme sanguin

- Na+
- K+
- Cl-
- Calcium
- Réserve Alcaline
- Phosphore
- Magnésium
- Magnésium érythrocytaire
- Protéines
- Acide urique

## ◆ Ionogramme urinaire

- Diurèse
- Na+
- K+
- Cl-
- Calcium
- Phosphore
- Urée

## ◆ Fonction rénale

- Urée
- Créatinine
- Clairance de la créatinine
- Protéinurie des 24h

## ◆ Fonction hépatique et pancréatique

- ASAT
- ALAT
- Phosphatase alcaline
- Gamma GT
- Bilirubine libre et conjuguée
- 5' Nucléotidase
- Amylase
- Lipase
- Electrophorèse des protéines

## ◆ Examen des urines

- ECBU
- ATB gramme
- Test de grossesse

## ◆ Bilan hormonal

- Prolactine
- FSH
- œstadiol
- βHCG
- T3
- T4
- TSH us

## ◆ Sérologie et immunologie

- VDRL
- TPHA
- Hépatite A
- Hépatite B:
  - Antigène Hbs
  - Antigène Hbe
  - Anticorps Anti Hbc
  - Anticorps Anti Hbs
  - Anticorps Anti Hbe
- Hépatite C
- ASLO

## ◆ Examen des selles

- Coprologie
- Parasitologie

## ◆ Divers

- PSA
- Phosphatase acide
- Vitamine D
- CPK
- Tropoférines
- BNP
- Pro-BNP

Dr. KHADRAOUI Driss  
Médecine Générale  
160, Bd. Med. V 1er. Etage  
33.62.11 - BERRECHID  
01 21.40.25

## FACTURE N°: 24004462

BERRECHID ..... : 02/04/2024  
 Nom et Prénom ... : Monsieur Driss KRIM  
 Prescripteur .... : Dr. Khadraoui driss

CODE	ANALYSES	Clé	B/HN	PRIX EN DH
B 361	PSA TOTAL	B	230	253,00
B 111	CREATININE	B	30	33,00
B 135	UREE	B	30	33,00
B 119	HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE	B	100	110,00
B 118	GLYCEMIE A JEUN	B	30	33,00
B 216	NUMERATION FORMULE SANGUINE	B	80	88,00

Montant Net ..... : 560,00 Dhs (Soit 500 B/ 0 HN)

Arrêtée la présente facture à la somme de:  
 Cinq cent soixante Dirhams et zéro centime



INPE 063060990

Dr. A HAWAZINE

Avenue Mohamed V, Dar Hakami derrière la Préfecture de Police - Berrechid - Tél. : 05 22 32 88 49

Fax : 05 22 32 48 88 - E-mail : hazn.biolog@gmail.com - Patente : 40712914 - RC : 15608

ICE : 001638113000039 - Autorisation N° : 5814

Dr. Khadraoui driss

Date du prélèvement : 02/04/24

Dossier édité le : 02/04/2024

Code Patient : 81650



Mr. KRIM Driss

Page : 1 / 2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

0204424 108

## HEMATOLOGIE

ABX PENTRA 60

HEMOGRAMME sur Automate ABX Pentra 60 ( HORIBA)

			Valeurs de référence	Antécédents
GLOBULES ROUGES .....	: 4,63	M/ $\mu$ l	(4.5 à 5.8	01/09/23 : 4.52
HEMOGLOBINE .....	: 14,10	g/dL	(13.5 à 17.5)	01/09/23 : 13.90
HEMATOCRITE .....	: 41,90	%	(40 à 50)	01/09/23 : 41.10
V.G.M .....	: 90,50	$\mu$ 3	(82 à 98)	01/09/23 : 90.93
T.C.M.H .....	: 30,45	$\mu$ g	(>OU= 27)	01/09/23 : 30.75
C.C.M.H .....	: 33,65	%	( 32 à 36)	01/09/23 : 33.82
PLAQUETTES .....	: 227 000	/mm3	(150 000 à 400 000)	01/09/23 : 237000
GLOBULES BLANCS .....	: 5 940,00	/mm3	(4 000 à 10 000)	01/09/23 : 4970.00
FORMULE LEUCOCYTAIRE :				
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES ..	: 59,10	%		01/09/23 : 59.30
Soit .....	: 3 510,54	/mm3	(1 800 à 7 500)	
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES ..	: 3,000	%		01/09/23 : 1.800
Soit .....	: 178,2	/mm3	(100 à 400)	
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES ..	: 0,20	%		01/09/23 : 0.20
Soit .....	: 11,9	/mm3	(0 à 200)	
LYMPHOCYTES .....	: 27,60	%		01/09/23 : 28.60
Soit .....	: 1 639,4	/mm3	(1 000 à 4 500)	
MONOCYTES .....	: 10,10	%		01/09/23 : 10.10
Soit .....	: 599,9	/mm3	(2 00 à 1 000)	
TOTAL.....	: 100,00	%		

## BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i

Valeurs de référence

Antécédents

GLYCEMIE A JEUN .....	: 2,38	g/l	(0.7 à 1.10 )	01/09/23 : 1.32
ou .....	: 13,21	mmol/l	(3,88 à 6,12)	

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C) ... : 8.6 %  
 HPLC(Chromatographie liquide haute pression) sur automate ADAMS : Technique de référence.

01/09/23 : 6.9

L'hémoglobine glyquée d'un sujet normal ou d'un diabétique équilibré se situe entre 4 et 6,5%  
 L'hémoglobine glyquée d'un sujet diabétique non traité ou non équilibré est supérieure à 6,5%

INPE 063060990



Dr. Khadraoui driss

Date du prélèvement : 02/04/24

Dossier édité le : 02/04/2024

Code Patient : 81650



Mr. KRIM Driss

Page : 2 / 2

Prélèvement Effectué au Laboratoire

020424 108

UREE ..... : 0,45 g/l (0,13 à 0,46) 01/09/23 : 0,43  
 ou ..... : 7,47 mmol/l (1,70 à 7,60)

CREATININE ..... : 10,63 mg/l (7,0 à 13,0) 01/09/23 : 12,82  
 Méthode Enzymatique ou ..... : 93,54  $\mu$ mol/l (44 à 106)

### MARQUEURS TUMORAUX

P.S.A (ANTIGENE PROSTATIQUE SPECIFIQUE) :

Résultat ..... : 0,06 ng/ml

Valeurs de référence

Antécédents

01/09/23 : 0,05

Valeurs de référence selon l'âge:

40 à 49 ..... : &lt;2,5

50 à 59 ..... : &lt;3,5

60 à 69 ..... : &lt;4,5

&gt;70 ..... : &lt;6,5



INPE 063060990

