

# 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.

## Diagnostique 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 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 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- 065950

ND: 36299

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Lohouaoui

Société : Aile Plab

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : 0005156

Date de naissance :

Adresse : Haj EP Ba Eja Nerra Kech 12 177

Tél. : 05.24.43.49.17

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 kinésithérapeute
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 de 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 PREVENTORIUM  | - LA REEDUCATION                  |
| - SEJOUR EN MAISON DE REPOS  | - LES ACCOUCHEMENTS               |
| - LES ACTES EFFECTUES EN SERIE il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons | - LES CURES THERMALES             |
| - dans le temps.   | - 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

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 : Lahouari ABDELKADER  
Matricule : 005156 Fonction : Retrait Poste :  
Adresse : Hay El Faraj Narrakech N° 177  
Tél. : 05 24 43 49 17 Signature Adhérent : [Signature]

## A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Lahouari Nouna Age :              
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : 30/04/2020  
Nature de la maladie : crise rétro  
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :  
  
A Narrakech le 30/06/20 Signature et cachet du médecin : [Signature]  
Durée d'utilisation 3 mois

Dr. M. Labrassat  
Nephrologue  
CHG - Med VI



## 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
30/06/20	e	a		INP: 07 000 4784 Dr. Maryem Labraoui Néphrologue - Dialyse CHU - Med VI

## 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
30/06/20	136802 PC		270 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>  <input type="text"/>  <b>MONTANT DES SOINS</b>  <input type="text"/>  <b>DEBUT D'EXECUTION</b>  <input type="text"/>  <b>FIN D'EXECUTION</b>  <input type="text"/> </div> </div>			

  

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>	H		25533412	21433552	D	G	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/> <b>MONTANT DES SOINS</b> <input type="text"/> <b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/> <b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	D	G														
	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Nom : Lahouari  
Prénom : Roua  
N° d'Entrée : .....

**Bon d'Examen**      **B.O. AR/ N° 125057**

Renseignements Cliniques	Résultats
<p>- NFS - Pq.</p> <p>- Uée , Créatinine</p> <p>- CRP , ECBU</p> <p>- To Tacu.</p> <p>LABORATOIRE AL MASSIRA Docteur KHALIL EL-ZAHRAOUI Biologiste Médical Al Massira I, Lotissement Cité 18 Marrakech Tél : 05 24 34 35 72 - Fax : 05 24 49 79 65</p>	

Marrakech, le : 29/04/2020  
Signé : Dr. Maryem Labrass  
Néphrologie - Hémodialyse  
CHU - Med VI

**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: 32131/2020**

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

MARRAKECH le

Nom et prénom

Référence

Médecin prescripteur

30/04/2020

MLLE MOUNA LAHOUAOUI

17J341

Docteur MARYEM LABRASSI

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
NFS.HEMOGRAMME	80
UREE (AZOTEMIE, UREMIE)	30
CREATININE SERIQUE	30
CRP.C- REACTIVE PROTEINE	100
ECBU.EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES	120
TACROLIMUS	320
Total du (B)	B 680
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	770,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: SEPT CENT SOIXANTE-DIX DIRHAMS

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



**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

**003-30D20**

Prélèvement du : 30/04/2020

Résultats édités le: 07/05/2020

**MLLE MOUNA LAHOUAOUI**

Dossier N° 17J341

Page: 1/3

**HEMOGRAMME**  
**Sysmex XN-550**

**NUMERATION**

			Valeurs de référence	
			<b>Femme</b>	07/12/19-07:58
GLOBULES BLANCS.....	8 300	/mm <sup>3</sup>	3800 à 11000	7 800
GLOBULES ROUGES.....	4,5	M/mm <sup>3</sup>	3,8 à 5,9	4,38
HEMOGLOBINE..... (*)	10,2	g/dL	12 à 16	10,5
HEMATOCRITE..... (*)	33,0	%	34 à 53	33
VGM..... (*)	73,0	μ <sup>3</sup>	76 à 96	76
TCMH..... (*)	23,0	pg	24,4 à 34	24
CCMH.....	31,0	g/dL	31 à 36	32
PLAQUETTES.....	286	10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup>	150 à 450	316

**FORMULE**

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.....	56,8	%		55,2
Soit	4714	/mm <sup>3</sup>	1 400 à 7 700	4305,6
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....	1,1	%		1,1
Soit	91	/mm <sup>3</sup>	20 à 500	85,8
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....	0,4	%		0,3
Soit	33	/mm <sup>3</sup>	0 à 110	23,4
LYMPHOCYTES.....	31,9	%		34,7
Soit	2648	/mm <sup>3</sup>	1 000 à 4 800	2706,6
MONOCYTES.....	9,8	%		8,7
Soit	813	/mm <sup>3</sup>	100 à 1 000	678,6

**LABORATOIRE AL MASSIRA**  
Docteur Khalil EZ-ZAHRAOUI  
BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - IMMUNOLOGIE - HORMONOLOGIE - AUTO-IMMUNITÉ  
Al Massira I, Lotissement C, Villa N° 18 - Marrakech  
Tél: 05 24 49 79 85 | E-mail: labomassira@gmail.com

Dossier : 20594 99316-05.05.20

Enregistré le 05 Mai 2020, à 13h18

Edité le 06 Mai 2020, à 13h54:

Transmis par : LAM AL MASSIRA

Références : 0296928

MA394 - C - 2059499316

LAM AL MASSIRA  
DR EZZEHRAOUI KHALIL  
AL MASSIRA I LOTISSEMENT C N°18  
MARRAKECH MAROC

Exemplaire destiné au correspondant

Résultat d'analyse : Madame LAHOUAOUI, MOUNA

Née le 01 Janvier 2000, âgée de 20 ans

Prélèvement du 30 Avril 2020 à 09h00

cofrac



ACCREDITATION  
N° 8-1100  
Liste des sites accrédités  
et portée disponibles sur  
www.cofrac.fr

Seuls les résultats identifiés par le symbole # sont couverts par l'accréditation.

PHARMACOLOGIE - TOXICOLOGIE

Médicaments : surveillance thérapeutique / dosage toxicologique

Date de prélèvement 30.04.20

Heure de prélèvement 09h 00

Nous vous rappelons que les date et heure de la dernière prise du médicament sont des renseignements indispensables à l'interprétation du suivi thérapeutique.

Le suivi thérapeutique des médicaments s'effectue le plus souvent au taux résiduel c'est-à-dire avant la prise suivante ou à distance de 12h de la prise précédente.

■ Tacrolimus (FK506®) - sang total - LCMSMS #

Posologie

Résultat

Non renseigné

5,43 µg/L

Zone thérapeutique en taux résiduel en µg/L :

Thérapie initiale

Thérapie de maintien

Transplantation rénale 10-15 5-10

Transplantation hépatique 10-15 5-10

Transplantation cardiaque 10-18 8-15

Références:

- Gressner AM, Arndt T. lexikon der Medizinischen

Laboratoriumdiagnostik. Band 1 : Klinische

Chemie. L. Aufl, Springer Medizin Verlag, Heidelberg (2007)

Interlocuteur : Isabelle Petit - Réalisé par Biomnis IVRY - Validé par : Dr Isabelle PETIT

Dossier complet



François CORNU

La présentation de nos résultats a changé : désormais, chaque analyse est suivie de la mention « validé par », qui vaut signature informatique du biologiste concerné.