

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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° M20- 0008496

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7418 Société : RAM 58061

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MARHOUM

Date de naissance : 18-12-1964

Adresse :

Tél. : 0661334705 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10-1-2019

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = 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

HOSPITALISATION EN CLINIQUE  
HOSPITALISATION EN HOPITAL  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU  
REVENTORIUM  
SEJOUR EN MAISON DE REPOS  
LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
actes répétés en plusieurs séances ou actes  
obaux comportant un ou plusieurs échelonnées  
ans le temps.

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

## EN CAS D'URGENCE

es actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit  
évenir 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 : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX / 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS MU 030174

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MARHOUM Abderrahim  
Matricule : 7418 Fonction : chef de cabine instructeur Poste :  
Adresse : LOT YASSRA  
Tél. : 06 61 33 47 05 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : ..... Age 18 12 64  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin : .....  
Nature de la maladie : cond  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances .....  
A ..... le ..... / ..... / .....  
Durée d'utilisation 3 mois

*Dr. N. MARHOUM  
Spécialiste en Médecine Interne  
Rhumatologie  
Maladies de Système*  
Signature et cachet du 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
25/11/22				Dr. N. MARHOUM Spécialiste en Médecine Rhumatologie Maladies de Système

## 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
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES 396, Bd. Exelmans Tél : 0522 71 11 11 Email : labo@analis-med.com	25/11/22	B216 p PC 1.5	314.44

## 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 canalaire 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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td></td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td></td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412		21433552	D 00000000		G 00000000	00000000		00000000	35533411		11433553	B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																			
	25533412		21433552																			
	D 00000000		G 00000000																			
	00000000		00000000																			
	35533411		11433553																			
	B																					
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Le 25/11/2020

Marhoum observation.

4) D. dimère

**Dr. N. MARHOUM**  
Spécialiste en Médecine Interne  
Rhumatologie  
Maladies de Système

**LABORATOIRE HAIZOUN**  
**D'ANALYSES MEDICALES**  
306, Bd. El Fija, CAMARLANCA - MAROC  
Tél. : 0622 28 10 61 - GSM : 0696 087473  
E-mail : haizounlab@gmail.com



Hématologie - Biochimie - Bactériologie - Mycologie - Parasitologie - Immunologie  
Virologie - PMA (Biologie de la Reproduction : IAC, FIV, ICSI) Cryoconservation

**Docteur HAIZOUN Adil**  
BIOLOGISTE

- Diplômé de la Faculté de Nancy (France)
- Spécialiste en Biologie Médicale
- Diplôme de Médecine et Biologie de la Reproduction (Paris VII)

Dossier ouvert le : 25/11/20  
Prélèvement effectué à 11:53  
Edition du : 25/11/20

**Monsieur MARHOUM ABDERRAHIM**

Réf. : 20K2865

Page : 1/1

**BIOCHIMIE SANGUINE**

**D-dimère** ----- : 300 ng/ml

**Normales**

**Antériorités**

< 500

*Des D-Dimères < 500 ng/ml permettent d'exclure un épisode aigu de MTEV*

*Des D-Dimères > 500 ng/ml ne permettent pas d'exclure un épisode aigu de MTEV*

*D'après certaines bibliographies récentes, il est préconisé d'évaluer la valeur du cut off en fonction de l'âge du patient*

*Après 50 ans, celui-ci doit être multiplié par 10 à chaque décennie pour ajuster la valeur du cut off*

*Des explorations complémentaires sont recommandées en cas de suspicion clinique de MTEV*

**Ouverture :**  
**Tous les jours**  
**de 7h à 19h,**  
**Samedi**  
**de 7h à 13h**

**Prélèvements à domicile sur rendez-vous**

396, Bd. El Fida Casablanca - Maroc - Tél. : 05 22 28 10 61 - Gsm : 06 96 05 74 73  
Email : haizounadil@menara.ma

**LABORATOIRE HAIZOUN  
D'ANALYSES MEDICALES**  
396, Bd. El Fida, CASABLANCA - MAROC  
Tél. : 0522 28 10 61 - GSM : 0696 05 74 73  
E-mail : haizounadil@menara.ma



# LABORATOIRE HAIZOUN D'ANALYSES MEDICALES

396 Bd. El Fida 1er étage  
CASABLANCA  
Tél. : 05 22 28 10,61

**Dr HAIZOUN Adil**  
Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Nancy (FRANCE)  
Spécialiste en Biologie Médicale

Casablanca le 25 novembre 2020

Monsieur MARHOUM ABDERRAHIM

COVID

FACTURE N°	49929
------------	-------

Analyses :

D-DIMER -----	B	216	Total : B 216
---------------	---	-----	---------------

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER	314,44 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Quatorze Dirhams et Quarante Quatre Centimes

LABORATOIRE HAIZOUN  
D'ANALYSES MEDICALES  
396, Bd. El Fida, CASABLANCA - MAROC  
Tél. : 0522 28 10 61  
E-mail : haizoun@menara.ma