

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Consignes 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 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)

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** : 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- 063869

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8242 Société : RAM 35707

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Gurichat Noëlle

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 : .....

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) : .....

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-063869

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....



# 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 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.

Le 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  
JOUR EN MAISON DE REPOS  
S ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
actes répétés en plusieurs séances ou actes  
obaux comportant un ou plusieurs échelonnées  
ins les 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 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 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

## FEUILLE DE SOINS 1574041

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Mlle DOHA GURICHA T  
Matricule : ..... Fonction : AgE PAIE Poste : .....  
Adresse : .....  
Tél. : 06 74 00 79 41 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : DOHA GURICHA T Age 16 03 20  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒  
Date de la première visite du médecin : .....  
Nature de la maladie : .....  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances .....  
A ..... le ..... / ..... / ..... Signature et cachet du médecin  
Durée d'utilisation 3 mois



## 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
03/06/2020	C8	1	210,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL IRAKI Dr. Yousef EL IRAKI 267, Rue D... 05 52 03 05 50 - 06 58 08 38 25	9/06/20	81,00
	12/06/20	216,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE CENTRAL IRAKI Dr. Abde... 05 52 03 05 50 - 06 58 08 38 25	09/06/20		183,00

## 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 de

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car 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 colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	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

# عيادة أمراض الكبد، الجهاز الهضمي والبواسير

## CABINET DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DU FOIE

Docteur  
HASSINI Zineb



الدكتورة  
حسيني زينب

Nom et prénom : M<sup>re</sup> Gurichat Doha

Le : 09/06 1400

40.50 x 2

1) Tardyferm 80 mg.

100 x 2/3

80.50

**Dr. Zineb HASSINI**  
Spécialiste en Hépatogastroentérologie  
Angle Bd. Mohamed V et rue Yacoub  
El Manssour Rés. Haj Ahmed Berrechid  
El Manssour Entrée B, 26ème Etage N°6  
Tél : 0522 03 05 50 - 06 50 09 33 25



6 118001 103041

**Tardyferm® 80mg**

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

pack 03 mois



6 118001 103041

**Tardyferm® 80mg**

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

صيدلية عراقية  
**Pharmacie EL IRAKI**  
Dr. Younes EL IRAKI  
267, Rue Mohamed Berrechid  
Tél : 0522 32 83 45



**Docteur HASSINI Zineb**

**Hépatogastro-Entérologue  
et Proctologue**

Endoscopie digestive

(fibroscopie digestive haute, coloscopie)

Echographie abdominale

Lauréate de la Faculté de Médecine de Casablanca

Ancien médecin au CHU Ibn Rochd

DIU en Proctologie de l'université de Rennes (France)

DIU en Pathologies fonctionnelles digestives

de l'université de Lyon (France)

DIU en Maladies Inflammatoires chroniques

de l'intestin de l'université de Lille (France)



**الدكتورة حسيني زينب**

**إختصاصية في أمراض الكبد**

**والجهاز الهضمي والبواسير**

الفحص بالمنظار للمعدة والقولون

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة مقيمة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

ديبلوم في أمراض الشرح والبواسير (فرنسا)

ديبلوم في أمراض الإلتهاب المزمن للأمعاء (فرنسا)

ديبلوم في الأمراض الوظيفية للجهاز الهضمي (فرنسا)

## Ordonnance

Berrechid, le 12/06/2020.

Mlle Guenichat Dona

216,00

Ipposium 40 mg

1 gel j

le matin 20 min  
aut repas

026519 0422  
PPV 216DH00

216,00



Dr. Zineb Hassini  
Hépatogastro-Entérologue  
et Proctologue  
Angle Bd Mohamed V et Rue Yaacoub El Mansour - Rés. Haj Ahmed  
Berrechid - Entrée B N° 6 Etage 2 (en face de la province de Berrechid) - Berrechid  
Tél: 05 22 03 05 50 - GSM: 06 58 08 38 25

صيدلية العراقي  
Pharmacie EL IRAKI  
Dr. Youssef EL IRAKI  
267, Rue Dakhla - BERRECHID  
Tél: 0522 30 93 45

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور إقامة الحاج أحمد برشيد مدخل B الرقم 6 الطابق 2 (أمام عمالة برشيد) - برشيد

Angle Bd Mohamed V et Rue Yaacoub El Mansour - Rés. Haj Ahmed

Berrechid - Entrée B N° 6 Etage 2 (en face de la province de Berrechid) - Berrechid

Tél : 05 22 03 05 50 - GSM : 06 58 08 38 25 - E-mail : drhassinizineb@gmail.com

# عيادة أمراض الكبد، الجهاز الهضمي والبنواسير

## CABINET DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DU FOIE

Docteur  
HASSINI Zineb



الدكتورة  
حسيني زينب

Le : 09 / 06 / 2020.

Nom et prénom : M<sup>lle</sup> Gurichat Doha

Age :

Ac anti transglutaminase type IgA

+ Dosage pondéral des IgA

+

NFS + AS

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI  
BERRECHID

Dr Abdelhamid HAWAZINE  
Pharmacien Biologiste

Dr. Zineb HASSINI  
Spécialiste en Hépatogastroentérologie  
Angle Bd. Mohamed V et rue Yacoub  
El Manssour Rés. Haj Ahmed Berrechid  
Entrée B, 2ème étage N°6  
Tél : 0522 03 05 50 - 06 58 08 38 25

Dr. HASSINI Zineb

Date du prélèvement : 09/06/20

Dossier édité le : 11/06/2020

Code Patient : 60560

Mlle GURICHAT Doha

Page : 1 / 2



Prélèvement Effectué au Laboratoire

090620 111

## HEMATOLOGIE

ABX PENTRA 60

HEMOGRAMME sur Automate ABX Pentra 60 (HORIBA)

		Valeurs de référence	Antécédents
<b>GLOBULES ROUGES</b> .....	: 4,54	M/ $\mu$ l (3,8 à 5.4)	16/01/20 : 4.81
<b>HEMOGLOBINE</b> .....	: 10,30	g/dL (12.5 à 15.5)	16/01/20 : 8.30
<b>HEMATOCRITE</b> .....	: 32,30	% (37 à 47)	16/01/20 : 30.20
<b>V.G.M</b> .....	: 71,15	$\mu$ 3 (82 à 98)	16/01/20 : 62.79
<b>T.C.M.H</b> .....	: 22,69	pg (>OU= 27)	16/01/20 : 17.26
<b>C.C.M.H</b> .....	: 31,89	% (32 à 36)	16/01/20 : 27.48
<b>PLAQUETTES</b> .....	: 290 000	/mm3 (150 000 à 400 000)	16/01/20 : 267000
<b>GLOBULES BLANCS</b> .....	: 7 790,00	/mm3 (4 000 à 10 000)	16/01/20 : 8560.00
<b>FORMULE LEUCOCYTAIRE :</b>			
<b>POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES</b> ..	: 63,00	%	16/01/20 : 71.00
Soit .....	: 4 907,70	/mm3 (1 800 à 7 500)	
<b>POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES</b> ..	: 1,000	%	16/01/20 : 1.000
Soit .....	: 77,9	/mm3 (100 à 400)	
<b>POLYNUCLEAIRES BASOPHILES</b> ....	: 0,00	%	16/01/20 : 0.00
Soit .....	: 0,0	/mm3 (0 à 200)	
<b>LYMPHOCYTES</b> .....	: 26,00	%	16/01/20 : 17.00
Soit .....	: 2 025,4	/mm3 (1 000 à 4 500)	
<b>MONOCYTES</b> .....	: 10,00	%	16/01/20 : 11.00
Soit .....	: 779,0	/mm3 (200 à 1 000)	
<b>TOTAL</b> .....	: 100,00	%	

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI  
Dr Abdelhamid HAWAZINE  
Pharmacien Biologiste



INPE 063060990



FACTURE N° : 20003674

BERRECHID ..... : 09/06/2020  
Nom et Prénom ... : Mademoiselle Doha GURICHAT  
Prescripteur .... : Dr. HASSINI Zineb

Bilan :

NFS B80+ ATGA B200+ IGA B150+

Montant Net ..... : 483,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:  
Quatre cent quatre-vingt trois Dirhams et zéro centime

Dr. A. HAWAZINE  
LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI  
BERRECHID  
Dr Abdelhamid HAWAZINE  
Pharmacien Biologiste



INPE 063060990



Dr. HASSINI Zineb

Date du prélèvement : 09/06/20

Dossier édité le : 11/06/2020

Code Patient : 60560

Mlle GURICHAT Doha

Page : 2 / 2



Prélèvement Effectué au Laboratoire

090620 111

## AUTO-IMMUNITÉ

Valeurs de référence

Antécédents

## ANTICORPS ANTI TRANSGLUTAMINASE (IgA)

Technique ELSA sur automate ALEGRIA

Taux ..... : 0.7 UI/ml &lt; à 10

Résultat ..... : Négatif

-Dans le diagnostic de la maladie coeliaque, les résultats sont validées si le patient a un régime 'normal' (comptant du gluten) et s'il n'a pas de déficit en IgA.

**NB:** Les anticorps anti transglutaminase sont considérés comme les indicateurs les plus spécifiques de la maladie coeliaque avec une sensibilité de 88% à 100% et une spécificité de 100%, leur disparition en quelques mois permet de vérifier la bonne observation du régime sans gluten.

IMMUNOGLOBULINE A ..... : 3,00 g/L ( 0.7-4.5 )

Technique Néphélométrie (MININIPH)

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI  
BERRECHID  
Dr Abdelhamid HAWAZINE  
Pharmacien Biologiste



INPE 063060990