

ECOMMANDEMENTS IMPORTANTES A LIRE POUR VER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ons générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ique :

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.

entaire :

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.

N° P19- 063869

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8242

Société : RAM

35707

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : Gourichat Noura

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 ADHÉRENT

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 courant 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.

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 enveloppe confidentielle 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

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit

des actes répétés en plusieurs séances ou actes obaux comportant un ou plusieurs échelons 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 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

DATE DE DEPOT



M U P R A S

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 1574041

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : Mme DOHA GURICHA T

Matricule : Fonction : Age PATÉ Poste :

Adresse :

Tél. : 06 74 00 79 41 Signature Adhérent : 219

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : DUCHA GURICHA T Age 41 03 29

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

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
05/06/2000	CS	A	= 80,00 =	 Dr. Zineb Haj Amed Spécialiste en Hépato-Gastro- Entérologie Bd. Mohamed V et rue Mansour, Rés. Haj Amed Berrechid Entre B, 2ème Etage 03 05 50 - 06 38 03 38 25

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL IRAKI Dr. Yousef RECHMI 267, Rue de laïla - BERRECHIMA Tunis - Tunisie - 1000	09/06/20	81,00
Pharmacie EL IRAKI Dr. Yousef RECHMI 267, Rue de laïla - BERRECHIMA Tunis - Tunisie - 1000	12/06/20	216,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR Abdellatif BERRECHID LABORATOIRE CENTRAL	9060	12.20	483

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

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 : Dr. Gurichat Doha

Le : 09/06/2020.

40.50 x 2
Tardyferm 80 mg.

1 قبضه x 2 جرام

6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

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

date 03 mois

6 118001 103041
Tardyferon® 80mg
30 comprimés pelliculés

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

Dr. Zineb HASSINI
Spécialiste en Hépato-Gastroenterologie
Alie Bd. Mohamed V et rue Yacoub
El Mansour, Rés. Haj Ahmed Berrechid
Entrée B, 2ème Etage N°6
Tél: 0522 03 05 50 - 06 53 08 33 25

صيدلية العرافة
Pharmacie EL IRAKI
Dr. Youcef EL IRAKI
267, Rue Dr. A. Berrechid
Tél: 0522 32 83 45

PPV : 40.50 DH

PPV : 40.50 DH

Docteur HASSINI Zineb

Hépato-Gastro-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

اختصاصية في أمراض الكبد

والجهاز الهضمي والبواسير

الفحص بالمنظار للمعده والقولون

الفحص بالصدى

خريجية كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة مقيمة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

دبلوم في أمراض الشرج والبواسير (فرنسا)

دبلوم في أمراض الالتهاب المزمن للأمعاء (فرنسا)

دبلوم في الأمراض الوظيفية للجهاز الهضمي (فرنسا)

Ordonnance

Berrechid, le 12/06/2020.

۱۱۱۶

Genichat Doha

۱۱۱۶

1ppodium 40 mg

0 2 6 5 1 9 0 4 2 2
P P V 2 1 6 D H 0 0
216.00

1 gel/j



le matin 20 min
avant repas

Dr. Yousef EL IRAKI
Pharmacie EL IRAKI
267, Rue Dakha - BERRECHID
T.S. : 0522 32 83 45

زاوية شارع محمد الخامس وزنقة يعقوب المنصور إقامة الحاج أحمد برشيد مدخل B الرقى 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 والبواسير

CABINET DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF ET DU FOIE

Docteur
HASSINI Zineb



الدكتورة
حسيني زينب

Nom et prénom : 71^{me} Gurichat Doha Le : 09/06/2020.
Age :

Ac anti transaminase type Zga

+ Dosage plasmatique des Zga

LABORATOIRE CENTRALERRAZI
BERRECHID

Dr Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste

NF S + 28

Dr. Zineb HASSINI
Spécialiste en Hépato-Gastroentérologie
Angle Bd. Mohamed V et rue Yacoub
El Mansour, Rés. Haj Ahmed Berrechid
Entrée B, 2ème étage, App. 106
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 GURICHT 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
GLOBULES ROUGES	: 4,54	M/ μ l	(3,8 à 5,4)	16/01/20 : 4.81
HEMOGLOBINE	: 10,30	g/dL	(12,5 à 15,5)	16/01/20 : 8.30
HEMATOCRITE	: 32,30	%	(37 à 47)	16/01/20 : 30.20
V.G.M	: 71,15	μ 3	(82 à 98)	16/01/20 : 62.79
T.C.M.H	: 22,69	pg	(>OU= 27)	16/01/20 : 17.26
C.C.M.H	: 31,89	%	(32 à 36)	16/01/20 : 27.48

PLAQUETTES, : 290 000 /mm3 (150 000 à 400 000) 16/01/20 : 267000

GLOBULES BLANCS, : 7 790,00 /mm3 (4 000 à 10 000) 16/01/20 : 8560.00

FORMULE LEUCOCYTAIRE :

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES ..	: 63,00	%	16/01/20 : 71.00
Soit	: 4 907,70	/mm3	(1 800 à 7 500)
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES ..	: 1,000	%	16/01/20 : 1.000
Soit	: 77,9	/mm3	(100 à 400)
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES ..	: 0,00	%	16/01/20 : 0.00
Soit	: 0,0	/mm3	(0 à 200)
LYMPHOCYTES	: 26,00	%	16/01/20 : 17.00
Soit	: 2 025,4	/mm3	(1 000 à 4 500)
MONOCYTES	: 10,00	%	16/01/20 : 11.00
Soit	: 779,0	/mm3	(2 00 à 1 000)
TOTAL.....	: 100,00	%	

LABORATOIRE CENTRAL MEDICALESERRAZI
Dr Abdellahmid 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-IMMUNITE

Valeurs de référence

Antécédents

ANTICORPS ANTI TRANSGLUTAMINASE (IgA)

Technique ELESA sur automate ALEGRIA

Taux : 0.7 UI/ml < 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 déficient 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 Néphélimétrie (MININIPH)

LABORATOIRE CENTRAL MEDICALESERRAZI
Dr Abdellah HAWAZINE
Pharmacien Biologiste



INPE 063060990