

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.

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.

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.

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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8242 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0674007941 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 : Dolta Guichet

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° P19-065637

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 :

Déclaration de Maladie

N° P19- 065637

ND: 35980

Optique Autres

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 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

EVENTORIUM

OUR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
des répétés en plusieurs séances ou actes
aux 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

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir 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.



M U P R A S

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 1574035

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *A. GUERICAT Med*

Matricule : *8642*

Fonction :

Poste : *Agt/Secrétaire 9442*

Adresse :

Tél. : *06.74.00.7941*

Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom
du patient : *DOITA GUERICAT*

Age *16 03 00*

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Dr. Abdellatif Hammamien Bloushi	13.07.20		98,00 DHS

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 des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

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 للمعدة والقولون

الفحص بالصدى

شريحة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة مقسمة سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

diplôme en maladie de l'appareil digestif (France)

Diplôme en maladie inflammatoire chronique de l'intestin (France)

Diplôme en maladie inflammatoire chronique de l'intestin (France)

Ordonnance

Berrechid, le ١٢/٠٦/٢٠٢٠

Dr HASSINI Zineb - Généraliste

NFS + PS

Dr. Zineb HASSINI
Spécialiste en Hépatologie et Gastroentérologie
Angle Bd. Mohammed 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

LABORATOIRE CENTRALE FERRAZI
Dr Abdelhamid ZERREK
Pharmacien biologiste

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

Dr. HASSINI Zineb

Date du prélèvement : 13/07/20

Dossier édité le : 13/07/2020

Code Patient : 60560



Mlle GURICHAT Doha

Page : 1 / 1

Prélèvement Effectué au Laboratoire

130720 096

HEMATOLOGIE

ABX PENTRA 60

Valeurs de référence

Antécédents

HEMOGRAMME sur Automate ABX Pentra 60 (HORIBA)

GLOBULES ROUGES	: 5,03	M/ μ l	(3,8 à 5,4)	09/06/20 : 4.54
HEMOGLOBINE	: 12,60	g/dL	(12.5 à 15.5)	09/06/20 : 10.30
HEMATOCRITE	: 38,80	%	(37 à 47)	09/06/20 : 32.30
V.G.M	: 77,14	μ 3	(82 à 98)	09/06/20 : 71.15
T.C.M.H	: 25,05	pg	(>OU= 27)	09/06/20 : 22.69
C.C.M.H	: 32,47	%	(32 à 36)	09/06/20 : 31.89
 PLAQUETTES	: 238 000	/mm3	(150 000 à 400 000)	09/06/20 : 290000
 GLOBULES BLANCS	: 9 230,00	/mm3	(4 000 à 10 000)	09/06/20 : 7790.00

FORMULE LEUCOCYTAIRE :

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES ..	: 62,00	%	09/06/20 : 63.00
Soit	: 5 722,60	/mm3	(1 800 à 7 500)
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES ..	: 1,000	%	09/06/20 : 1.000
Soit	: 92,3	/mm3	(100 à 400)
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES ..	: 0,00	%	09/06/20 : 0.00
Soit	: 0,0	/mm3	(0 à 200)
LYMPHOCYTES	: 26,00	%	09/06/20 : 26.00
Soit	: 2 399,8	/mm3	(1 000 à 4 500)
MONOCYTES	: 11,00	%	09/06/20 : 10.00
Soit	: 1 015,3	/mm3	(2 00 à 1 000)
 TOTAL.....	: 100,00	%	

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
 Dr Abdelhamid HAFID
 Berrechid
 Pharmacien Biologiste



INPE 063060990

FACTURE N°: 20004674

BERRECHID : 13/07/2020
Nom et Prénom : Mademoiselle Doha GURICCHAT
Prescripteur : Dr. HASSINI Zineb

Bilan :

NFS B80+

Montant Net : 98,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Quatre-vingt dix huit Dirhams et zéro centime

Dr. A HAWAZINE

LABORATOIRE CENTRALE ERRAZI
Berrechid
Dr Abdelhamid Hawazine
Pharmacien Biologiste



INPE 063060990