

# 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.

## 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- 065637

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### 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 : Dolma Gulickat

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° P19-065637

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 : .....

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien</li><li>= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)</li><li>SF = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre</li><li>= Visite de jour au domicile du malade par le médecin</li><li>= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin</li><li>= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade</li><li>= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié</li><li>= Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie</li><li>= Actes de chirurgie et de spécialistes</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence</li><li>SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme</li><li>AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute</li><li>AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière</li><li>AP = Actes pratiqués par un orthophoniste</li><li>AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste</li><li>R-Z = Electro - Radiologie</li><li>B = Analyses</li></ul> |
|---|---|

## 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  
HOSPITALISATION EN SANATORIUM  
HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS  
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
des répétées en plusieurs séances ou actes  
aux comportant un ou plusieurs échelonnées  
sur 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'actes 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.



**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 1574035

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : M. GURICHA T Med  
Matricule : 8242 Fonction : Agt. Admin Poste : 9442  
Adresse : .....  
Tél. : 06.74.00.7944 Signature Adhérent : .....

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : DOHA GURICHA T 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


## 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

## 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
	13.07.20		98,0000

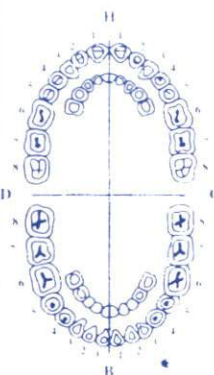
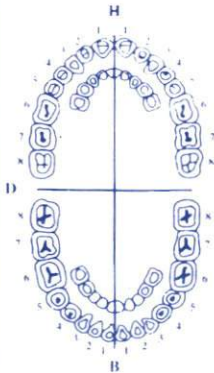
## AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canal, 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												
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000		00000000	00000000		00000000	35533411	B	11433553	MONTANT DES SOINS
	25533412	H	21433552													
	00000000		00000000													
	00000000		00000000													
	35533411	B	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

**Docteur HASSINI Zineb,**  
**Hépto-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**

**إختصاصية في أمراض الكبد  
والجهاز الهضمي واليواسير**

الفحص بالمنظار للمعدة والقولون

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة مقيمة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد الدار البيضاء

ديبلوم في أمراض الشرج واليواسير (فرنسا)

ديبلوم في أمراض الإلتهاب المزمن للأمعاء (فرنسا)

ديبلوم في الأمراض الوظيفية للجهاز الهضمي (فرنسا)

**Ordonnance**

Berrechid, le 12/06/2020

M<sup>lle</sup> Genichat Dona

NFS + AS

*(Signature of Dr. Hassini Zineb)*

LABORATOIRE CENTRALE FERRAZ  
BERRECHID  
Dr Abdelhennane  
Pharmacien Biologiste

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

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/ $\mu$ 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	$\mu$ 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	(200 à 1 000)	
TOTAL	: 100,00	%		

LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI  
BERRECHID  
Dr Abdelhamid HAVI  
Pharmacien Biologiste



**FACTURE N°: 20004674**

BERRECHID ..... : 13/07/2020  
Nom et Prénom ... : Mademoiselle Doha GURICHAT  
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 CENTRAL ERRAZI  
Dr Abdelhamed HAWAZINE  
Pharmacien Biologiste



INPE 063060990