

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.

Radiologie 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e) <u>221104</u>			
Matricule :	8538	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>IBN RHALDIM N JUSTAPHA</u>			
Date de naissance : <u>19.09.63</u>			
Adresse : <u>N° 15 Bd de 10 cité Sidi Med</u>			
Tél. : <u>+966 555 33051</u> Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/.....		
Nom et prénom du malade : Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : 02.01.2020 Le :
Signature de l'adhérent(e) : IBN RHALDIM N JUSTAPHA

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.

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 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

JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
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

Les 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.

DATE DE DEPOT



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 0677343

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : IBN KHALDOUN JUSTATHA

Matricule : 8538 Fonction : RESP. Financier Poste : RPM.DED

Adresse : N° 15 Bloc 10 est Sidi Nou

Tél. : +966 126502222 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : IBN KHALDOUN BASMA Age 1218 | 1 | 2 | 0 | 1

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : Anémie fibrifive

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A Agadir le 02/01/2020

Durée d'utilisation 3 mois

DR HIDANE ZAKIA
ématologie (Adultes - Enfants)
Oncologie Pédiatrique
Tél : 05 28 23 71 31

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 8538
Nom du patient : BASMA
Date de dépôt : 3.00 + 2.31 + 4.60
Montant engagé
Nombre de pièces jointes :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le paiement des Actes
31/11/2019	cot		G	CONCOLOGIE - Pédiatrique - AGADIR - Tél : 05 28 23 27 33
2/11/2019	c2		300 D.H	Dr. HIDANE Zakia Hématologue (Adultes Enfants) Oncoologie - Pédiatrique

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <p>الدواء زهور PHARMACIE ZHOU Boulevard Hassan II, Agadir Tél: 05 28 84 37 78</p>	21.01.20	231,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

L'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale	ES	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Docteur JAZOUBI Mohamed Nabil N° 8.9 Immeuble Saadou Av. Cheikh Talbotite Agadir - M: 05 28 84 84 68		31/12/2019	B.325.+PC.25	460,-.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 REVISÉ

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr. HIDANE Zakia

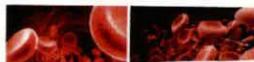
Spécialiste en Hématologie Clinique

(Adultes - Enfants)

Oncologie Pédiatrique

Greffé de moelle osseuse

- Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Attestation de Formation Spécialisée en Hématologie Clinique Université de Marseille - France
- Ancien Médecin et Chef de Service au Centre d'Oncologie Agadir



319334



6 118001 103041

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

الدكتورة هيدان زكية

اختصاصية في امراض الدم (الكبار - الصغار)

أنكولوجيا الأطفال

زرع النخاع العظمي

دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء

شهادة التكوين المتخصص في امراض الدم

بجامعة مرسيليا فرنسا

طبيبة ورئيسة قسم سابقا بمركز الأنكولوجيا بانكادير

PPV : 40.50 DH

Agadir, le

21/11/20

Mr Ou Mme :

JB MKHADOUR BASMI

40,50 X 4

- Tardyferon 80 mg
Multi jet 8 mois

69,00

- Vit C 1000 mg

149,10
149,10

231,00

Dr. HIDANE Zakia
-Oncologue (Adultes - Enfants)
-Oncologie Pédiatrique
-AGADIR -
- 05 28 23 27 33

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

319334

6 118001 103041

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH



6 118001 103041

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

Lot N° / A consommer de préférence avant fin :

Batch N° BIOFAR Vita C Acerola bte 20

لكل قليل

PPC : 69,00 DH

Ut Av : Lot :

04/2022 1091/11

IPHADEERM

3 760049 895285

Poids net :
Net weight:
 الوزن الصافي : 90g



3 760049 895285

HAR

10/11

Tel : 05 28 23 27 33



6 118001 103041

Tardyferon® 80mg

30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA

41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca

Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40.50 DH

PPV : 40.50 DH

MCE يقع بـ 21 عمارة A إقامة الياسمين - ملتقي شارع المقاومة وزنقة القاضي عياض (فوق بنك BMCE)
Av . Moukaouama et Rue Qadi Ayad (au dessus de la Banque BMCE) Agadir - Tel : 05 28 23 27 33
E-mail : hidanezakia@yahoo.fr

الدكتورة هيدان زكية

Dr. HIDANE Zakia

Spécialiste en Hématologie Clinique

(Adultes-Enfants)

Oncologie Pédiatrique

Greffé de moelle osseuse

- Diplôme de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Attestation de Formation Spécialisée en Hématologie Clinique Université de Marseille - France
- Ancien Médecin et Chef de Service au Centre d'Oncologie Agadir

اختصاصية في أمراض الدم (الثبار-الصغار)

أنكولوجيا الأطفال

زرع النخاع العظمي

دبلوم التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء.

شهادة التكوين التخصصي في أمراض الدم

جامعة مرسيليا - فرنسا

طبيبة ورئيسة قسم سماها بمركز الأنكولوجيا بأكادير

DEMANDE D'EXAMEN

Mr. ou Mme: BASMA IBN KHALOUD Agadir, le:

NFS + Réticulocytes

Ferritinémie

Fer Sérique

TP TCK

Groupage

VS

LDH

Glycémie

Urée Creat

Acide urique

CHT LDL HDL TG

Ionogramme

TGO - TGP - PH Alcalines - Gama gt

BT (BL+BC)

Test Coombs Direct

Recherche de Cryoglobulines

AC anti-DNA Natif

AC Anti-nucléaires

AC Anti-phospholipides

Waaler rose

Haptoglobine

RAI

CRP

ECBU

Serologies virales:

VIH

Ag Hbs

Ac HVC

EPP Sérique

IF Protéines Sériques

Dosage pondéral chAîne légère libres

IF Protéines Urinaires

Recherche Protéinurie Bence Jones

BÉTA 2 Microglobulines

TCA avec pruve T+M

Protéine s

Résistance Protéine C Activée

Autres:

Rendez-vous le:

Bilan à faire, le:

AS

اقابة الياسمين - ملتقي شارع المقاومة وشارع القاضي عياض (موقعة بنك BMCE) - الدار البيضاء

N°21, 11ème étage, Fassmine, Angle Av. Moukaouama et Av. Qadi Ayad (au dessus de la Banque BMCE) A gadir - Tel: 05 28 23 27 33
E-mail: hidanezakia@yahoo.fr

المختبر المركزي للتحاليل الطبية

Laboratoire central d'analyses médicales

AGADIR le: 31/12/2019

FACTURE N° 11100/2019

Médecin **Docteur HIDANE ZAKIA**

Nom du patient **MLLE IBNKHALDOUN BASMA**

Examens **- NFS- FERRI**

Cotation **B 325 + PC25**

Montant **460,00 DH**

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: QUATRE CENT SOIXANTE DIRHAMS

LABORATOIRE CENTRAL
D'ANALYSES MÉDICALES
Docteur Hidane Zakia
N° 8.9 Immeuble Sarouye Av. Cheikh Saadi
Talborjte Agadir - Tel: 05 28 34 84 68

Dr. HIDANE Zakia

**Spécialiste en Hématologie Clinique
(Adultes-Enfants)**

**Oncologie Pédiatrique
Greffé de moelle osseuse**

- Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca
- Attestation de Formation Spécialisée en Hématologie
Clinique Université de Marseille - France
- Ancien Médecin et Chef de Service au Centre
d'Oncologie Agadir

الدكتورة هيدان زكية

اختصاصية في أمراض الدم (الكتير- الصغار)

أنثروجينا الأطفال

زرع النخاع العظمي

diplôme du التخصص من كلية الطب بالدار البيضاء ،

شهادة التكوين المتخصص في أمراض الدم
جامعة مرسيليا - فرنسا

طيبة ورئيسة قسم سابق بمركز الأنثروبوجيا بأكادير

NOTE D'HONORAIRE

Agadir, le 02/01/2020

Présenté à M: IBN KHALDOUN BASTA

Sa note d'honoraires s'élevant à la somme de: 3000 DT (c2)

trois mille dirhams

Signature et cachet:

Dr. HIDANE Zakia
Hématologue (Adultes- Enfants)
Oncologie - Pédiatrique
AGADIR
Tél : 05 28 23 27 33

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MÉDICALES

Ouvert du Lundi au Vendredi de 7h à 19h
& le Samedi de 7h à 13h
Clinique et Urgence 7j/7j , 24h/24h
Prélèvement à Domicile (sur RDV)



Dr. JAZOULI Mohammed Jalal

Spécialiste en : Hémato-cytologie
Biochimie - Sérologie - Immunologie
Bactérologie - Virologie - Parasitologie
Mycologie et Biologie de la Reproduction

Prélèvement du : 31/12/2019 à 10:06

Résultats édités le: 31/12/2019

Prescripteur: Docteur HIDANE ZAKIA

MLLE IBNKHALDOUN BASMA

Dossier N° 19L743

Page: 1/1

HEMOGRAMME (Sur Automate Sysmex XT-4000i)

NUMERATION

GLOBULES BLANCS.....	7 900	/mm ³
GLOBULES ROUGES.....	3,9	M/mm ³
HEMOGLOBINE.....	11,0	g/dL
HEMATOCRITE.....	33,2	%
VGM.....	86,0	μ ³
TCMH.....	27,0	pg
CCMH.....	32,0	g/dL
PLAQUETTES.....	240	10 ³ /mm ³

Valeurs de référence

Femme

4 000 à 10 000
3,8 à 5,4
12 à 16
37 à 47
82 à 98
27 à 33
32 à 36
150 à 400

FORMULE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.....	40	%
Soit	3160	/mm ³
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....	3	%
Soit	237	/mm ³
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....	0	%
Soit	0	/mm ³
LYMPHOCYTES.....	49	%
Soit	3871	/mm ³
MONOCYTES.....	8	%
Soit	632	/mm ³

1 800 à 7 500
0 à 500
0 à 100
1 000 à 4 500
200 à 1 000

FERRITINÉMIE



BIOCHIMIE SANG integra 400 plus

Valeurs de référence

.....: 4,29

ng/ml (*) 15,00 à 200,00 ng/ml

Total de pages: 1

Biologiste

La Qualité est notre souci permanent