

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 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

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° P19- 047331

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5566 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENTAHAR BOUCHTA

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0693128394 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° P19-047331

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des travaux																				
				Montant des soins																				
				Début d'exécution																				
				Fin d'exécution																				
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de l'exécution																					

--	--

VOLET ADHERENT		NOM :	Mle :
DECLARATION N°			
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois			
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle			

DATE DE DEPOT

20.105.1.2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle : 5566
Nom & Prénom BENTAHAR BOUCHTA		
Fonction Retraite	Phones 062372 8394	
eMail		
MEDECIN	Prénom du patient BENTAHAR BOUCHTA	
Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐	Age 65 ans	Date : 22/2/20
Nature de la maladie	Date 1ère visite	
Diabète Artériel		
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C		150 DH
PHARMACIE		Date
Montant de la facture		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date : 25/2/20
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
34.00	600 DH	
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Dr. Hassan ATLAGH
Médecine Générale
007 Av. 2 Mars 1956 Abdelhak
Casablanca - Tél: 871 872

LABORATOIRE ASSOUNNA
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Samir AMMOR
188 Av. 2 Mars 1956
Casablanca - Tél: 05 22 83 74 94
Fax 05 22 83 74 94

Dr. HASSAN ATLAGH

Ancien Médecin aux Hôpitaux Militaires
Ancien médecin aux Hôpitaux du Koweït

Medecine Générale

الدكتور حسن أتلغ

طبيب سابق بمستشفيات الكويت
طبيب سابق بالمستشفيات العسكرية بالمغرب

الطبيب العام



Ordonnance Médicale

وصفة طبية

Casablanca, le:

22-2-20

الدار البيضاء في

Nom et Prénom :

BENTAHAR BOUGHATA

الإسم

- الميزو تربي
العلاج عن طريق صوان الأذن
الوخز بالإبر بالطريقة الكورية واليابانية
العلاج الطبيعي للتوقف عن التدخين
- Mesotherapie
 - Auriculotherapie
 - Acupuncture Koreenne et japonaise
 - Therapie naturelle pour cesser de fumer

دبلوم جامعي في التغذية

Diplôme Universitaire
en Nutrition

العلاج النفسي - علاج التقبل والالتزام

Psychotherapie par ACT
(Therapie d'acceptation
et d'engagement)

إدارة الضغوط النفسية

خبير في إدارة الضغوط من باريس

Gestion du Stress

Expert en Gestion du Stress - Paris

NFS

- glycémie ajeun

- Hb glyquée

- uree-creat

- ac. urique

- cholest. T, LDL, HDL

- triglycérides

LABORATOIRE ASSOUNNA
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Saâd AMMOR
138, Av. 2 Mars 1er Etage
Casablanca - Tél.: 05 22 83 74 94
Fax: 05 22 80 92 09

Dr. Hassan ATLAGH
Médecine Générale
1007 Av. 2 Mars Hay Mly Abdellah
Casablanca - Tél : 0522 871 872

1007 شارع 2 مارس حي مولاي عبد الله الدار البيضاء - الهاتف : 0522 871 872

1007, Av. 2 Mars Hay Moulay Abdellah - Casablanca - Tél : 0522 871 872

E-mail : drhassan1963@gmail.com / www.asthme-reality.com

LABO. D'ANALYSES MEDICALES ASSOUNNA

Dr S.AMMOR (Médecin Biologiste)

Ancien Chef d Service à L'Institut Pasteur Maroc

188, Av.2 Mars 1er Etage

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Paris

Tél 05.22.83.74.94

ICE : 000452800000086

INPE : 093003127

CASABLANCA DU 25/02/2020

FACTURE N °2129

NOM : BENTAHAR BOUCHTA

Total des analyses : B 400

Prélèvement : 25 DHS

Total payé : 600 DHS

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SIX CENT DIRHAMS

SIGNE :

LABORATOIRE ASSOUNNA
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Saâd AMMOR
188, Av. 2 Mars 1er Etage
Casablanca Tél. 05 22 83 74 94
Fax 05 22 80 92 51

LABO. D'ANALYSES MEDICALES ASSOUNNA

Dr. S. AMMOR (Médecin-Biologiste)

Ancien Interne et Attaché des Hopitaux de Paris 188, Av. 2 Mars 1^{er} Etage
Ancien Chef de Service à l'Institut Pasteur Maroc Tél (02) 83.74.94 / FAX: 80.92.51

Docteur : ATLAGH HASSAN

Mr.....: BENTAHAR BOUCHTA
REF.: OBY0832 Du : 25/02/2020

B I O C H I M I E

EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes
Glycémie.....	: 1.95 g/l	(0.70 à 1.10)
Hémoglobine Glycosylée..... Techn.HPLC	: 10.5 %	(4.0 à 6.5)
Urée.....	: 0.40 g/l	(0.10 à 0.50)
Créatinine.....	: 12 mg/l	(<= 13)
Acide Urique.....	: 50 mg/l	(35 à 72)
Cholestérol Total.....	: 1.60 g/l	(< 2,00)
Cholestérol H.D.L.....	: 0.63 g/l	(> 0.40)
Cholestérol L.D.L.....	: 0.83 g/l	(< à 1.60)
Triglycérides.....	: 0.70 g/l	(< 1.50)

CONFRATERNELLEMENT

LABORATOIRE ASSOUNNA
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Saad AMMOR
188, Av. 2 Mars 1^{er} Etage
Casablanca Tél. 05 22 83 74 94
Fax 05 22 80 92 51

LABO. D'ANALYSES MEDICALES ASSOUNNA

Dr S. AMMOR (Médecin-Biologiste)

Ancien Interne et Attaché des Hopitaux de Paris 188, Av. 2 Mars 1er Etage
Ancien Chef de Service à l'Institut Pasteur Maroc Tél (02) 83.74.94 / FAX: 80.92.51

Docteur : ATLAGH HASSAN

Mr.....: BENTAHAR BOUCHTA
REF.: OBY0832 Du : 25/02/2020

HEMATOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes
----------	-----------	--------

NUMERATION GLOBULAIRE

Globules rouges.....	5.31M/mm ³	(4 à 6)
Hémoglobine.....	14.7 g/dl	(13 à 18)
Hématocrite	45.8 %	(37 à 54)
V.G.M	86 μ ⁿ	(76 à 96)
T.C.M.H.....	28 pg	(27 à 32)
C.C.M.H.....	32 %	(32 à 36)
Plaquettes	228000 /mm ³	(150.000 à 400.000)
Globules blancs.....	7400 /mm ³	(4.000 à 10.000)

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires Neutrophiles.....	52 %	Soit: 3848 /mm ³	(2000 à 7500)
Polynucléaires Eosinophiles.....	03 %	Soit: 222 /mm ³	(< à 400)
Polynucléaires Basophiles.....	01 %	Soit: 74 /mm ³	(< à 400)
Lymphocytes.....	41 %	Soit: 3034 /mm ³	(1500 à 4000)
Monocytes	03 %	Soit: 222 /mm ³	(200 à 800)

CONFRATERNELLEMENT

LABORATOIRE ASSOUNNA
D'ANALYSES MEDICALES
Dr S. AMMOR
188, Av. 2 Mars 1er Etage
Casablanca Tél. 05 22 83 74 94
Fax 05 22 80 92 51