

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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

1689 Déclaration de Maladie

N° P19- 0040402
66677

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8334 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ETTAHALI MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0662360713 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 :

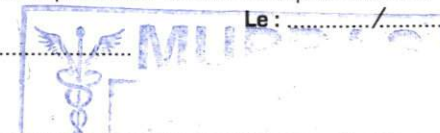
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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) :



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
28.13.20	C		10021	

Honoraires attestant le Paiement des notes

0021

CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE
CENTRE BENI KHLOUG HERETAGE
CÔTÉ CAFÉ SAKIA AL HANNA
TEL : 06 65 79 15 15
ORDONNANCES Dr BERRAO INP 61125282

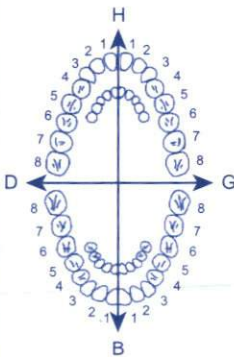
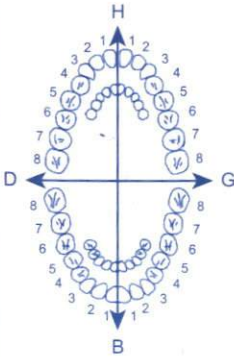
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> <p>D G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div>				
	[Création, remont, adjonction]				
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Berrada Mounir

- Ex médecin Chef de la circonscription sanitaire et de la maison d'accouchement
- Santé de la mère et de l'enfant
- Contrôle du diabète
- Echographie

MEDECINE GENERALE



الدكتور برادة منير

- طبيب رئيسي سابق بالدائرة الصحية
- وقسم الولادة - بني خلوق (سطات)
- صحة الام و الطفل
- مراقبة داء السكري
- الفحص بالنصدي

الطب العام

BENI KHLoug, le

28/3/2021

بني خلوق في

ETTAHALI Mohamet

G.M.
Hb A1c
vie
endocrine
Ac urique
calculs
Lec
rinc
Taig gend
pr

Dr BERRADA MOUNIR
INP 64425282
CABINET DE MEDECINE
GENERALE
CENTRE BENI KHLoug 1ER ETAGE
A COTÉ CAFÉ SAKIA AL HAMRA
TEL : 06 65 79 16 55

067161992

Settat le lundi 29 mars 2021

Monsieur ETTAHALI MOHAMED

FACTURE N°	29352
------------	-------

Analyses :

Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Hémoglobine glycosylée -----	B	100	
Urée -----	B	30	
Créatinine -----	B	30	
Acide urique -----	B	30	
Cholestérol total -----	B	30	
Cholestérol HDL -----	B	40	
Cholestérol LDL -----	B	40	
Triglycérides -----	B	50	
PSA totale -----	B	300	Total : B 680

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1	
-----------	----	---	--

TOTAL DOSSIER

921,20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Neuf Cent Vingt et Un Dirhams et Vingt Centimes

مختبر التحليلات الطبية الأمل
BIOLOGIE MÉDICALE
74/76, Bd. Hadj Bouchaib BELABSSIR • SETTAT
Tél.: 0523 40 23 84 • Fax : 0523 72 17 84

Edité le : 29/03/21

Monsieur ETTAHALI MOHAMED

Dossier : 21C1689

Du : 29/03/21

Prescripteur : Docteur MOUNIR BERRADA

Page : 1/2

BIOCHIMIE

Konelab 20 i

Selectra

Normales

Glycémie à jeun ----- :	0,97	g/l	0,7 - 1,2
Hémoglobine glycosylée (Hb A1c)----- :	6,10	%	

(ADAMS- ARKRAY -HA-8180V Haute Performance Liquide Chromatographie)

* Methode de reference Certifié NGSP-IFCC

*detection des principaux variants

*Reproductibilité (CV < 1%)

Valeurs normales:

* 5,8 - 6,4 % Risque de diabète

* > 6,5 % Diabétique

* Pour la plupart des patients diabetiques de type 2 une cible d'Hb A1C < 7 % est recommandée

Urée ----- :	0,41	g/l	0,15 - 0,5
Créatinine ----- :	5,7 *	mg/l	7 - 13
Acide urique ----- :	66	mg/l	35 - 70
Cholestérol Total ----- :	3,03 *	g/l	1,4 - 2
Cholestérol HDL ----- :	0,88	g/l	> 0,4
Cholestérol LDL ----- :	1,96 *	g/l	< 1,3
Triglycérides ----- :	0,93	g/l	0,4 - 1,5

مختبر التحليلات الطبية الأمل
BIOLOGIE MÉDICALE
74/76, Bd. Hadj Bouchaib BELABSSIR • SETTAT
Tél.: 0523 40 23 84 • Fax : 0523 72 17 84

Edité le : 29/03/21

Monsieur ETTAHALI MOHAMED

Dossier : 21C1689

Du : 29/03/21

Prescripteur : Docteur MOUNIR BERRADA

Page : 2/2

MARQUEURS
(ACCESS 2)
BECKMAN COULTER

Normales

ANTIGENE SPECIFIQUE DE LA PROSTATE

P.S.A. Total ----- : 1,19 ng/ml < 4

Le toucher rectal, le massage prostatique, une cystoscopie, une échographie transrectale, une biopsie, augmentent transitoirement le taux de PSA.

مختبر التحليلات
الطبية الأمل
BIOLOGIE MÉDICALE
74/76, Bd. Hadj Bouchaib BELABSSIR • SETTAT
Tél.: 0523 40 23 84 • Fax : 0523 72 17 84