

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4192

Société : R.A.M 135088

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : YOUSSEF CHAOUKI

Date de naissance : 19/09/49

Adresse : HY HY QAGHID GP. 6 Rue 11 N° 48

Tél. : 06 6307 2223

Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 26/10/2012

Nom et prénom du malade : Mme Echakech Negha Age : 44 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ALD

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : _____

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) : [Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 26/10/2022 | CS | | 300DH | |
| | Spirométrie | | 600DH | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| | 26/10/22 | 857.80 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | Coefficient DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | | |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| B | 00000000 | 00000000 |
| G | 95533411 | 11433553 |

[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

Cabinet de Pneumo-Allergologie

Dr Mahboub Fatima zahra

NEZHA, ECHAKECH

| | | | |
|-----------|-----------|--------|----------------|
| Sexe | Féminin | Taille | 156 cm |
| Ethnicité | Caucasien | Poids | 63 kg IMC 25,9 |

ID: 180/2022

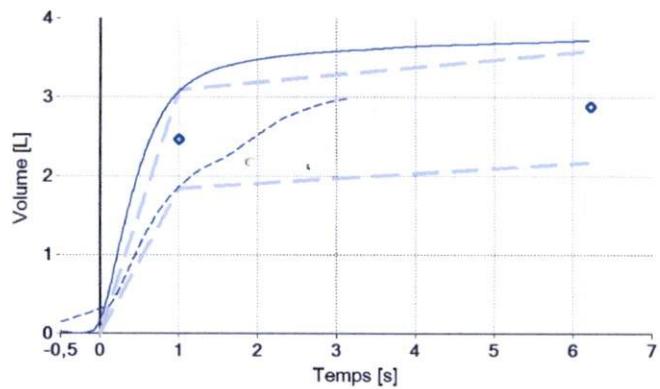
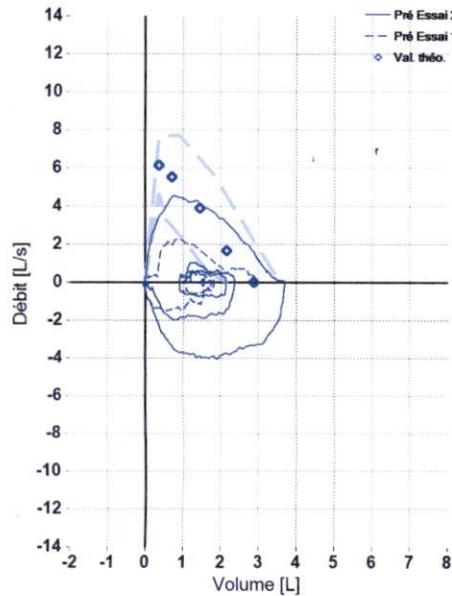
Age: 44 ans.

CV et BDV

| | | | | | |
|--------------|------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|
| Date du test | 26/10/2022 | Interprétation | GOLD(2008)/Hardie | Sélection de valeur | Meill. valeur |
| Heure post | | Val. théo. | ERS/ECCS | BTPS (insp/exp) | 1,10/1,02 |

Pré

| Paramètre | Théo. | Lin | Meilleur | Essai-2 | Essai-1 | %Théo. |
|-----------------|-------|------|----------|---------|---------|--------|
| CVF [L] | 2,88 | 2,17 | 3,71 | 3,71 | 2,98 | 129 |
| VEMS [L] | 2,46 | 1,84 | 3,07 | 3,07 | 1,86 | 125 |
| VEMS/CVF [%] | 80,7 | 69,9 | 82,7 | 82,7 | 62,4* | 102 |
| DEF25-75% [L/s] | 3,37 | 1,97 | 3,18 | 3,18 | 1,19* | 94 |
| DEP [L/s] | 6,15 | 4,67 | 4,55* | 4,55* | 2,25* | 74 |
| TEF [s] | - | - | 6,2 | 6,2 | 3,2 | - |
| CVIF [L] | 2,88 | 2,17 | 3,76 | 3,76 | 1,28* | 131 |
| DIP [L/s] | - | - | 4,06 | 4,06 | 1,13 | - |



Commentaire :

Bonne coopération.

Valeurs fonctionnelles dans la limite de la normale.

Dr FATIMA ZAHRA MAHBOUB
Pneumophtisiologue / Allergologue
212, 1er étage, route M. Abdellah
Bd Temara, Ain Chock - Casablanca
Tél: 0522 566 548 / GSM: 0669 240 439

Dr. Mahboub Fatima Zahra

Pneumo-phtisiologue | allergologue



الدكتور محبوب فاطمة الزهراء

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي و الحساسية

Asthme - Allergie

الربو (الضيق)، الحساسية

Tests cutanés

اختبار الحساسية

Pathologies liées au tabac

أمراض التدخين

Arrêt du tabac

الإقلاع عن التدخين

Tuberculose

مرض السل

Spirométrie - Bronchoscopie

فحص وظائف الرئة، الفحص بالمنظار

Pathologie du sommeil

أمراض النوم

Pathologies professionnelles

الأمراض المهنية

Ordonnance

Casablanca, Le : ٢٦/١٥/٢٠٢٤

Nom : Mme Echakech Negha

Note d'honoraires N° :

| Actes | Honoraires |
|---------------------|------------|
| Consultation | 300DH |
| Spirométrie | 600DH |
| Total | 900DH |

Dr FATIMA ZAHRA MAHBBOUB
Pneumo-phtisiologue, Allergologue
212, 1^{er} étage, Hay Moulay Abdellah
Bd Temara, Ain chock - Casablanca
Tel 0522 506 545 / Gsm 0665 240 438

LOT 221126
EXP 12/23
PPV 45DH80

LOT: GB20166
PER: 12/2023
PPV: 185 DH 00

Tests cutané

LOT: GB20166
PER: 12/2023
PPV: 185 DH 00

Cipic
Etiquette

Nom :

185.00 x 3
2ème

①

Saffron 250 mg (x3) =

Nezha

Echakech

Ordonnance

Casablanca, Le : 26/10/2022.

28.00

②

Aidal Soap =

45.80 x 6

* ③

Gel facial cp (x3) = 1Lg au souche.

857.80

BOTTU SA
PPV: 28 DH 00

Abdellah, 1^{er} ét.
0522 50 65 45
soub@gmail.com

LOT 221126
EXP 12/23
PPV 45DH80

LOT 221126
EXP 12/23
PPV 45DH80

LOT: GB20157
PER: 12/2023
PPV: 185 DH 00

الربو (الفيقحة)، الحساسية
اختبار الحساسية

أمراض التدخين
الاقلاع عن التدخين

مرض السل
فحص وظائف الرئة، الفحص بالمنظار

أمراض النوم
الأمراض المهنية