

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 canaux, 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 canaux.

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

M22- 0022951

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4192 Société : RAM 435088

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : YOUSSEF CHAOUKI

Date de naissance : 1949

Adresse : HYMYRACHID GP. 6 RUE AL N° 42

Tél. : 0663072223 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26 / 10 / 2020

Nom et prénom du malade : Mme Echakech Nezha 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]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
26/10/2022	spirométrie		300DH 600DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

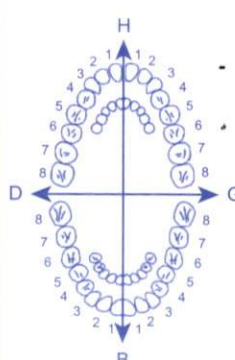
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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"/>

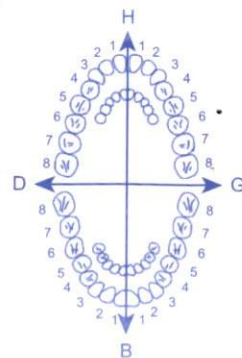
O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
D 00000000	G 00000000
05533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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"/>

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

ID: 180/2022

Age: 44 ans.

Sexe Féminin
Ethnicité Caucasien

Taille 156 cm
Poids 63 kg IMC 25,9

CV et BDV

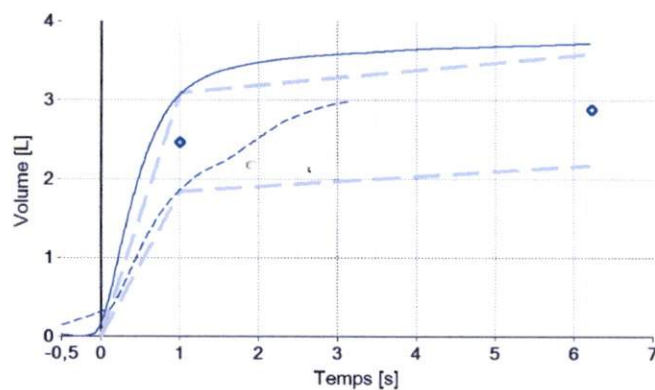
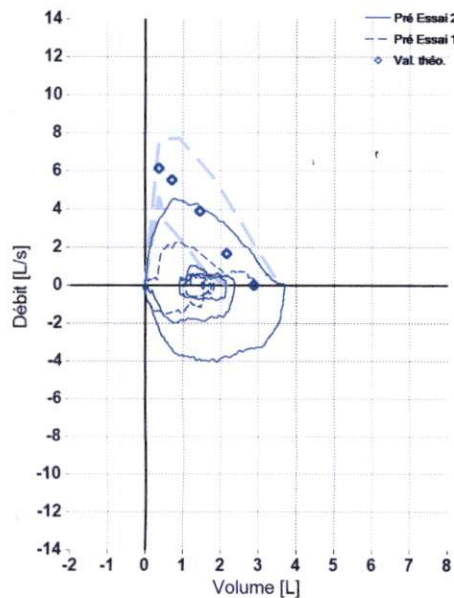
Votre VEMS/théorique: 125%

Date du test 26/10/2022
Heure post

Interprétation GOLD(2008)/Hardie
Val. théo. ERS/ECCS

Sélection de valeur Meill. valeur
BTPS (insp/exp) 1,10/1,02

Paramètre	Théo.	LIn	Pré				%Théo.
			Meilleur	Essai-2	Essai-1		
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
Pneumophthion / allergologue
212, 1er étage - Hay My Abdallah
Bd Temera, Ain Chock - Casablanca
Tél: 0522 506 548 / Gsm: 0662 240 438

Dr. Mahboub Fatima Zahra

Pneumo-phtisiologue | allergologue



الدكتور محبوب فاطمة الزهراء

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي و الحساسية

Asthme - Allergie

Tests cutanés

Pathologies liées au tabac

Arrêt du tabac

Tuberculose

Spirométrie - Bronchoscopie

Pathologie du sommeil

Pathologies professionnelles

الربو (الضيق)، الحساسية

إختبار الحساسية

أمراض التدخين

الاقلاع عن التدخين

مرض السل

فحص وظائف الرئة، الفحص بالمنظار

أمراض النوم

الأمراض المهنية

Ordonnance

Casablanca, Le : 26/10/2022

Nom : Mme Echakech Nesha

Note d'honoraires N° :

Actes	Honoraires
Consultation	300DH
Spirométrie	600DH
<u>Total</u>	900DH

Dr FATIMA ZAHRA MAHBOUB
Pneumo-phtisiologue / Allergologue
212 1^{er} étage, Hay Moulay Abdellah
Bd Temara, Ain chock - Casablanca
Tél: 0522 506 548 / Gsm: 0666 240 438

LOT 221126
EXP 12/23
PPV 45DH80

LOT 221126
EXP 12/23
PPV 45DH80

LOT 221126
EXP 12/23
PPV 45DH80

LOT 221126
EXP 12/23
PPV 45DH80

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

Tests cutané

ملبسا

ملبسا

ملبسا

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

Cipic
Etiquette

Ordonnance

Casablanca, Le : 26/10/2022.

Nom :

Mme Negha Echakech

185.00 x 3
2ème

①

Serflin 250 mg (x3) 10ml

a (09h) 2 bouffées matin (03 fois)
21h " " soir

28.00

②

Acidol Snap 7.5 ml x 3/j (x3)

45.80 x 6

x ③

ceféral cp 1 cp au coucher.

857.80

LOT 221126
EXP 12/23
PPV 45DH80

LOT 221126
EXP 12/23
PPV 45DH80

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

BOTTU SA
PPV: 28 DH 00

Abdellah, 1^{er}
0522 50 65 4
oub@gmail.com