

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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0047894

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0901 Société : fan

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EHTIONI Lahcen

Date de naissance : 12/11/49

Adresse : 31 rue LAMMOUNI

Tél : 0668450112

Total des frais engagés : 2100 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/2/23

Nom et prénom du malade : EHTIONI LAHCEN Age : 73

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie respiratoire

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 : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

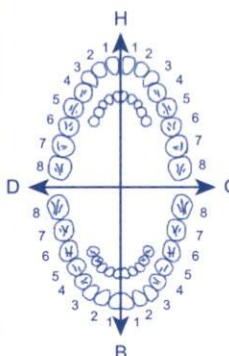
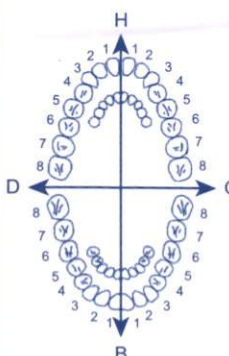
[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

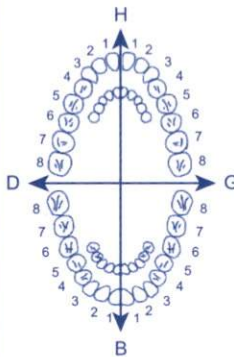
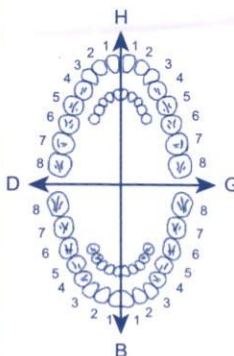
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>															
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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													
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table><tr><th colspan="2">H</th></tr><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></table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



14/02/23

Cher confrère

J'ai bien reçu votre patient M^r CHTIOU
LAHCEN, 73 ans, suivi chez nous pour FPI,
candidat à une cholecystectomie pour LV.

Une Plethysmographie + DLCO a été réalisée, le
VEMS est à 85%. la CVF à 71%. Pas de contre
indication à la chirurgie sur le plan
respiratoire

Cordialement

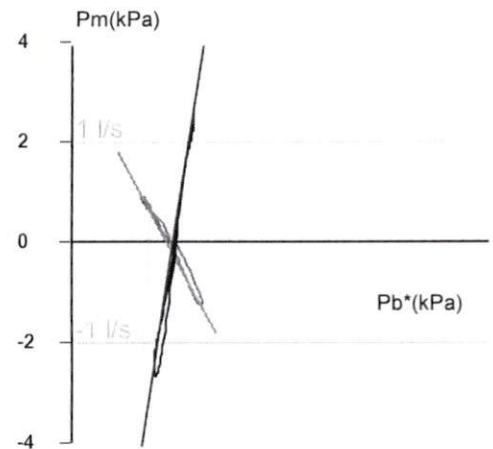
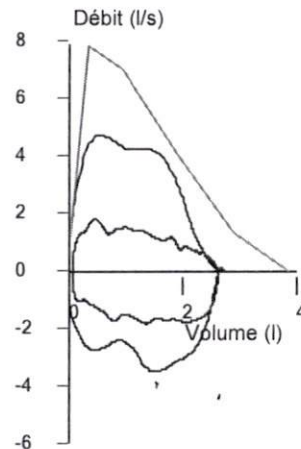
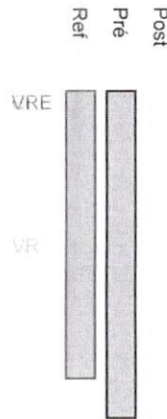
DR. GADDAW MOSSIL
Pneumologue
11, Rue Leclercq
Quartier Des Miroirs
Tél: 05 22 26 79 42
Fax: 05 22 26 79 42

Nom : **LAHCEN CHTIOUI**

Taille: 176 cm Age: 73 Ans Date Naissance: 12/11/1941

ID: **LAHCHT12111949**Poids: 86 kg Genre: Masculin BMI: 27,8 kg/m²

Medication:



Paramè...	Unité	LLN	Ref	ULN	Pré	%Ref	ZScore
VEMS	l	2,12	2,96	3,80	2,52	85	
CVFex	l	2,90	3,90	4,90	2,78	71	
VEMS/C...	%	62	74	86	91		
DEP	l/s	5,83	7,82	9,81	4,74	61	
DEM25	l/s	0,07	1,36	2,64	2,34	173	
DEM50	l/s	1,89	4,06	6,23	4,26	105	
DEM75	l/s	4,21	7,02	9,84	4,69	67	
DEM 25...	l/s	1,26	2,98	4,69	4,02	135	
tex	s				8,3		
Paramè...	Unité	LLN	Ref	ULN	Pré	%Ref	ZScore
CV	l	3,12	4,04	4,96	2,78	69	
CI	l		3,29		2,69	82	
VC	l				2,63		
VRE	l		1,00		0,09	9	
VGT	l	2,06	3,69	5,31	3,15	85	
CPT	l	5,83	6,98	8,13	5,83	84	
VR	l	2,01	2,68	3,36	3,05	114	
Paramè...	Unité	LLN	Ref	ULN	Pré	%Ref	ZScore
RVA	kPa/(l/s)	0,10	0,20	0,30	0,19	94	
GAW	(l/s)/kPa	3,33	6,66	9,99	5,32	80	
sRAW	kPa*s	0,25	0,74	1,22	0,59	80	

Commentaire:

sd ventilatoire restrictif léger avec Baisse de la DLCO. (CVF à 71%, DLCO à 53%)

Date: 14/02/2023

Température ambiante: 20 °C

Technicien:

Temps: 09:38

Pression ambiante: 1020 hPa

Humidité ambiante: 63 %

DR. GADDAR Wassil
Pneumologue
11, Rue Lavoisier Appt 12
Quartier Des hopitaux
Tél: 0522 860 444

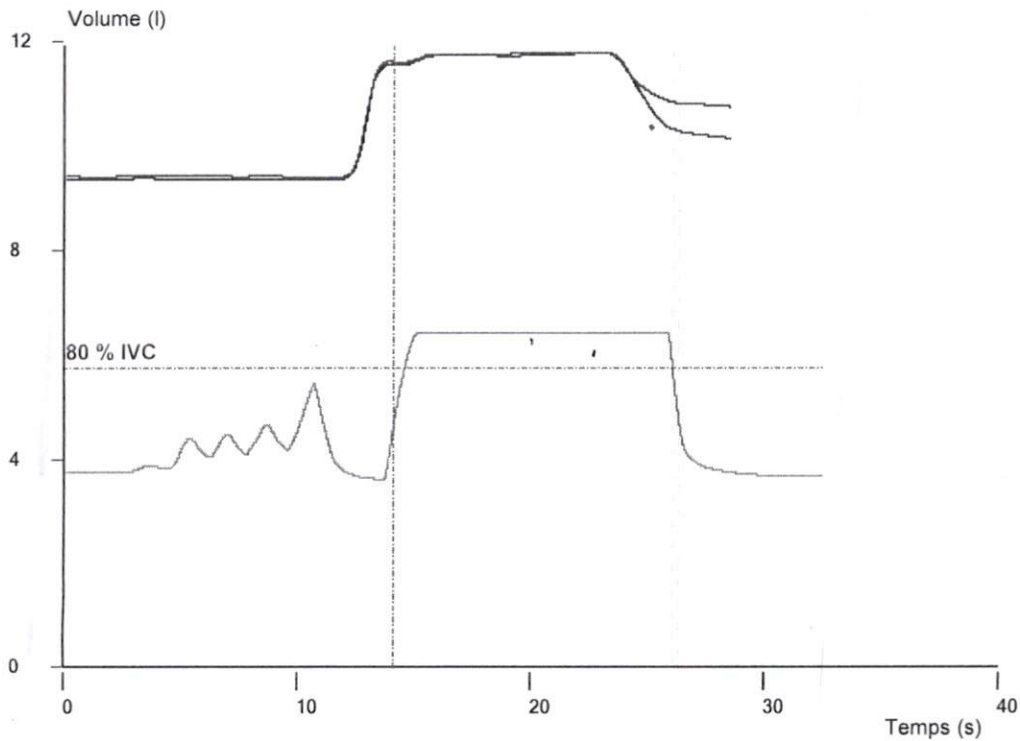
Nom : LAHCEN CHTIOUI

Taille: 176 cm Age: 73 Ans Date Naissance: 12/11/1941

ID: LAHCHT12111949

Poids: 86 kg Genre: Masculin BMI: 27,8 kg/m²

Medication:



Paramè...	Unité	LLN	Ref	ULN	Pré	%Ref	ZScore
TLCO	mmol...	6,13	8,71	11,29	4,58	53	
KCO	mmol...	0,88	1,25	1,62	1,08	86	
CRF	l	2,06	3,69	5,31	2,23	61	
VR	l	2,01	2,68	3,36	1,75	65	
VR/CPT	%	33	42	51	39	92	
CPT	l	5,83	6,98	8,13	4,53	65	

Commentaire:

Date: 14/02/2023

Température ambiante: 20 °C

Technicien :

Temps: 09:38

Pression ambiante: 1020 hPa

Humidité ambiante : 63 %



مصحة مرس السلطان clinique mers sultan

Service de Radiologie

14/04/23

CHTIOVI LAHCEN

► I.R.M 1,5T

► Scanner 16 Barretes

- 3D Corps Entier
- Angio Scanner Corps Entier

► Echographie

- 2D / 3D / 4D
- Echo doppler couleur
- Echo guidée

► Biopsie

- Sconnoguidée
- Echo guidée

► Radiologie

Interventionnelle

► Radiologie Standard

Numérisée

- Fpi
- Bilan pré chirurgical :

Plethysmographie + DLCO

DR. GADAB WOSIL
11 Rue Loutchier, Apt 12
Quartier des Neiges
Tél: 05 22 72 72 72
Fax: 05 22 72 72 72

URGENCES 24H/24H

64, شارع عمر الادريسي (قرب حديقة مردوخ) - الدار البيضاء - الفاكس 05 22 26 79 42

64, Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42

الهاتف : 05 22 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05

E-mail : cliniquemersultan@gmail.com - cms@cliniquemerssultan.com / www.cliniquemerssultan.ma / ICE : 001728360000010



F A C T U R E

N° 1 848 / 2023 du 14/02/2023

Nom patient	CHTIOUI LAHCEN	Entrée 14/02/2023	Sortie 14/02/2023
Prise en charge	PAYANT		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PLETHYSMOGRAPHIE	1,00		1 200,00	1 200,00
DLCO	1,00		900,00	900,00
			Sous-Total	2 100,00
Total				2 100,00

	Total général 2 100,00
Arrêtée la présente facture à la somme de : DEUX MILLE CENT DIRHAMS	

Encaissements	Chèque 2 100,00	Total encaissé 2 100,00	Solde 0,00
---------------	--------------------	----------------------------	---------------

Ref Chq : BMCI 4382097/

CLINIQUE MERS SULTAN
64, Rue Omar El Idrissi
Casablanca
Tél : 05 22 27 72 72