

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

- Reclamation : 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° W21-781104

188011

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : Bougrine Amande Nour Benayada
 Date de naissance : 30/11/70
 Adresse : 61 Rue Basma bt Benminor Rte Sidi Ya Lys
 Tél. : 0666123353 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : Bougrine Amande Nour Age : 30/11/70
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : allergie
 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° W21-781104

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 :

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
05/12/23	S		20000	INP: 2, rue AL... Tél: 05 36 50 56 50 / 02 Fax: 05 36 50 56 50 OUJDA

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KACHDI PACHDI Messreddine IRIS OUM RABIE Tél: 05 36 50 56 50 - OUJDA	05.12.2023	22500

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INP: 2, rue AL... Tél: 05 36 50 56 50 / 02 Fax: 05 36 50 56 50 OUJDA	05/12/23	S	30000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
				MONTANTS DES SOINS																
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(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

CLINIQUE ISLY
MEDICO-CHIRURGICALE



12, rue Abdelaziz Taâlibi - Oued Ennachef
Tél.: 05 36 70 07 01/02 - Fax: 05 36 70 02 49

OUJDA

ICE: 001710110000097

Oujda, le

05/12/23

FACTURE

N° 2212

Nom :

Bou Grine

Prénom :

Hanane

Consultation :

Cs + Spiromet

Montant (en chiffres):

500 DA

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

Cinq

Cachet et signature

CLINIQUE ISLY
12, rue Abdelaziz Taâlibi
05 36 70 07 01/02
05 36 70 02 49 - Oujda

CLINIQUE ISLY

MEDICO-CHIRURGICALE

12, rue Abdelaziz Taâlibi - Oued Ennachef

Tél.: 05 36 70 07 01/02 - Fax: 05 36 70 02 49

OUJDA



مصحّة إسلّي

لطب والجراحة

12 زنقة عبدالعزيز الثعالبي، واد الناشف

الهاتف: 05 36 70 07 01/02 الفاكس: 05 36 70 02 49

وجدة

وجدة، في 05/12/23
Oujda, le 05/12/23

Dr Bongrine Hamane

COMPTE RENDU DE SPIROMETRIE

1 Re = *Bril upon episode*

2 Re = *Obst. b. ven. h. nade*

CLINIQUE ISLY
MEDICO-CHIRURGICALE
12, rue Abdelaziz Taâlibi - Oued Ennachef
Tél.: 05 36 70 07 01/02 - Fax: 05 36 70 02 49
Oujda

ndd Medical Technologies

Clinique Isly
Dr Ezzerrouqi
Mr El Arbi

Hanane, Bougrine

ID: #12494 Age: 53 (30/11/1970)

Sexe Féminin Taille 169 cm
Ethnicité Caucasien Poids 86 kg IMC 30,1

CV et BDV

Votre VEMS/théorique: 79%

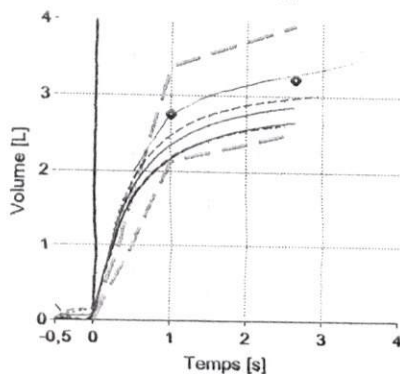
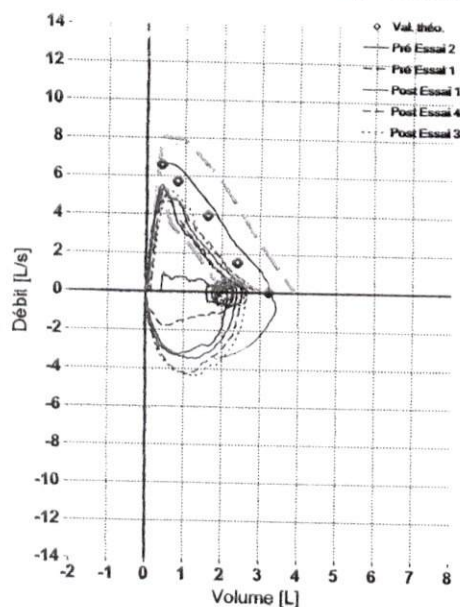
Date du test 05/12/2023 11:30:02 Interprétation GOLD(2008)/Hardie
Heure post 05/12/2023 11:31:44 Val. théo. ERS/ECCS Sélection de valeur Meill. valeur
BTPS (insp/exp) 1,12/1,02

Paramètre	Théo.	Pré					Post					%Théo.	%chg
		LIn	Meilleur	Essai 2	Essai 1	%Théo.	Meilleur	Essai 1	Essai-4	Essai-3			
CVF [L]	3,22	2,51	2,65	2,65	2,60	82	2,85	2,85	3,00	2,95	89	8	
VEMS [L]	2,75	2,12	2,17	2,15	2,17	79	2,34	2,34	2,46	2,46	85	8	
VEMS/ CVF	0,790	0,682	0,820	0,812	0,836	104	0,820	0,820	0,820	0,835	104	0	
DEF25-75% [L/s]	3,23	1,83	2,00	2,00	2,19	62	2,25	2,25	2,42	2,50	70	13	
DEP [L/s]	6,59	5,11	5,58	5,58	4,70*	85	5,33	5,33	5,41	5,33	81	-4	
TEF [s]	-	-	2,6	2,6	2,4	-	2,6	2,6	2,9	2,4	-	0	
CVIF [L]	3,22	2,51	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
DIP [L/s]	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Qualité du test	Pré	C (VEMS Var=0,02L (1,0%); CVF Var=0,05L (1,8%))											
	Post	D - Un seul essai acceptable											
Interprétation système	Pré	Spirométrie non acceptable →											
	Post	Aucune interprétation, pas assez d'essais acceptables											

Oh, les enfants

Attention: qualité de test médiocre. Interpréter avec précaution.

* Résultats inf. à la limite normale ou changement post test significatif.



Dr. Ezzerrouqi Abdelhak
Spécialiste des Maladies des Pouches
TUBERCULOSE - ALLERGIE
INP: 081097842
CLINIQUE ISLY - OUDJA

CLINIQUE ISLY
12, rue Abdelaziz Traïra
Tel: 05 36 70 07 01 / 02
Fax: 05 36 70 02 49 - OUDJA

Dr. Abdelkader EZ-ZERROUQ

Spécialiste - Pneumo - Phtisiologiste

CLINIQUE ISLY MEDICO - CHIRURGICALE

12, rue Abdelaziz Taâlibi, Oued Ennachef

Tél.: 05 36 70 07 01 / 02

Fax : 05 36 70 02 49



الدكتور الزروقي عبد القادر

أخصائي الأمراض الصدرية

مصحة إسلي للطب والجراحة

12، زنقة عبدالعزيز الثعالبي - واد الناشف

الهاتف : 05 36 70 07 01 / 02

الفاكس : 05 36 70 02 49

Oujda, le : 05/12/23 : وجدة، في :

Dr. Bougrine Hamane

3640

1/ Copmed h 20mg



2 4h après le midi, + 07, + 19

8370

2/ Romme 300 (1 h 15)



3 4h + 7,
1 à 19

3150

3/ AKIMDEX - 4g

1 h x 3h

7340

4/ ER lun, 9/12/23



22500

CLINIQUE ISLY - OUDJA

INP : 081097842

CLINIQUE ISLY
12, rue Abdelaziz Taâlibi
Tél : 05 36 70 07 01 / 02
Fax : 05 36 70 02 49 - OUDJA
Spécialiste des Maladies des Poumons
PNEUMOLOGIE
PHTHIRIOLOGIE



INP: 081097842