

RÉCOMMANDATIONS 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, parodontologie 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



Déclaration de Maladie

N° W21-708194

202302

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11005 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHAFI MUSTAFA
 Date de naissance : 23/08/1975
 Adresse : Imm EZ, bay chifa 03, Casa
 Tél. : 0667812469 Total des frais engagés : 7400,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ANWAR Mohamed Ali
 Spécialiste des Maladies Respiratoires
 Rés. ANNASR, Bd. Mohamed VI,
 GH8, Appt. 1 - Casablanca
 Tél.: 022.80.13.13
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 28/03/2024
 Nom et prénom du malade : M. CHAFI MUSTAFA Age : 45 ans
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Syndrome bronchique
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements 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 : Casa Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 17/04/24 Tch...

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

ICE : 091044867
INP : 091044867
E : 40155067

Date des Actes : 28.03.2015
Montant et Coefficient : G.R.A.T.U.I.T.
Montant détaillé des Honoraires : 400.000
Cachet et signature du praticien attestant le soin : DR. ANWAK Mohamed Ali

Spécialiste des maladies respiratoires
RÉS. ANNASR, Bd. Mohamed VI,
GH8, Appt. 1 - Casablanca
Tél.: 022.80.13.13

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur :
Date :
Montant de la Facture :

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

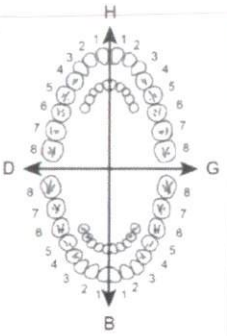
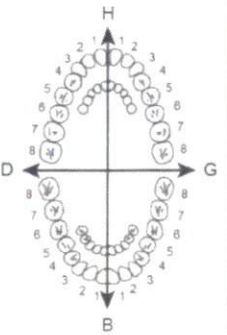
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 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

ORDONNANCE

Dr. Anwar Mohamed Ali

Ex. Chef de Service de Pneumophysiologie
Spécialiste de l'appareil respiratoire
Tuberculose - Asthme - Allergie
Sevrage tabagique
Exploration fonctionnelle respiratoire
Endoscopie bronchique
Tests d'Allergie
sur rendez-vous



الدكتور أنوار محمد علي

رئيس قسم أمراض الجهاز التنفسي سابقا
اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
الربو (الضيق)، الحساسية، السل
الإقلاع عن التدخين
فحص الوظيفة التنفسية، التنظير القصبي
تحليل الحساسية
بالموعد

Casablanca, le 28.03.2024 : في الدار البيضاء،

M^{me} CHAFI LATIFA

Exploration Fonctionnelle Respiratoire
(E.F.R.)

Humides

Quatre cent (400) ml

Dr. ANWAR Mohamed Ali
Spécialiste des maladies respiratoires
Rés. ANNASR, Bd. Mohamed VI,
GH8, Apt. 1 - Casablanca
Tél.: 022.86.13.13

EXPLORATION FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE

DR ANWAR Mohamed Ali
PNEUMO-ALLERGOLOGUE
RES. ENNASR, BD MOHAMED VI, GH8, N°1 - CASA - TEL:022.80.13.13

CHAFI, LATIFA

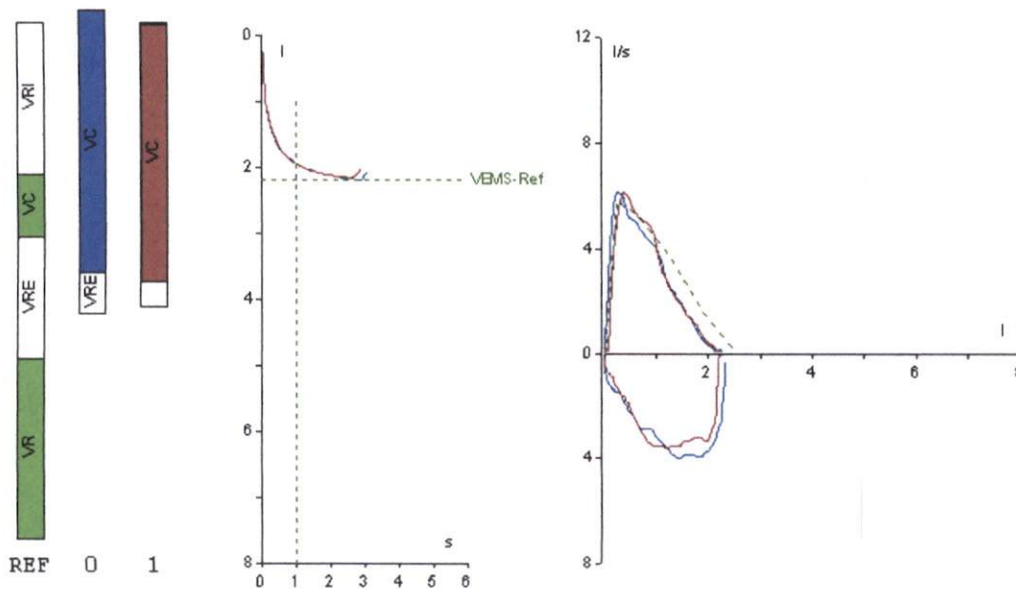
ID-Nr: 000000004309

Remarques: Dyspnée

150 cm, 63 kg,

mesuré le 28.03.2024 à 13:27 h

Spirométrie, Courbes Débit/Volume Pré-Post



Paramètres statiques

time				13:20		13:27		
medicament								
parameter	unit	pred.	LLN	pre	%pred.	post	%pred.	post%pre
CV	l	2.54	2.12	2.32	91	2.28	90	-2
VRE	l	0.97		0.34	35	0.21	22	-37
VRI	l			-0.10		0.02		-117
VC	l			2.09		2.05		-2
CI	l	1.73		1.99	115	2.07	119	4

Paramètres dynamiques

CVF	l	2.58	2.15	2.29	89	2.28	88	-0
VEMS	l	2.20	1.82	2.02	92	2.05	93	2
VEMS/CV	%	81	69.85	87	108	90	112	4
VEMS/CVF	%	81	74.04	88	109	90	112	2
DEP	l/s	5.79	4.89	6.17	107	6.13	106	-1
DEM75	l/s	5.30	3.95	5.07	96	5.52	104	9
DEM50	l/s	3.71	2.61	3.20	86	3.09	83	-3
DEM25	l/s	1.56	0.87	1.18	76	1.28	82	8
DEMM25-75	l/s	3.27	2.41	2.63	81	2.71	83	3
DIP	l/s	3.92	3.00	3.96	101	3.58	91	-9
DIM50	l/s	3.57	2.70	3.60	101	3.53	99	-2
Aex	l*/s			6.66		6.53		-2

Commentaires:

Coopération Bonne.

Diminution de la capacité vitale forcée laissant présager d'un éventuel profil restrictif. Pas de réversibilité du VEMS après inhalation de 400 µg de salbutamol.