

## 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.

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

Q02302

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11005

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

COAIFI LATIFA

Date de naissance :

23/01/1975

Adresse :

Imm. EZ, Hay Chifa 03, Casab

Tél. : 0667812469

Total des frais engagés : + 400,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Dr. ANWAR Mohamed Ali  
Spécialiste des maladies respiratoires  
Rés. ANNAR, Bd. Mohamed VI,  
GH8, Appt. 1 - Casablanca  
Tél.: 022.80.13.13

Cachet du médecin :

Date de consultation :

28/03/2024

Age : 45 ans

Nom et prénom du malade :

MU CHAFI LATIFA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie chronique

Dr. ANWAR Mohamed Ali  
Spécialiste des maladies respiratoires  
Rés. ANNAR, Bd. Mohamed VI,  
GH8, Appt. 1 - Casablanca

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 : CASAB

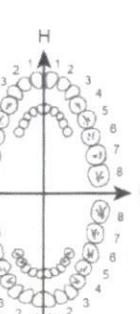
Signature de l'adhérent(e) : 17-10426

Le : / /

Tchaf



AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b>  	DÉTERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412   21433552 00000000   00000000 D 00000000   00000000 35533411   11433553 B			
				Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE 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 التنفسى سابقاً  
اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى  
الربو (الضيق)، الحساسية ، السل  
الإقلاع عن التدخين  
فحص الوظيفة التنفسية . التقطير القصبي  
تحليل الحساسية  
بالموعد

Casablanca, le 28.03.2024 : الدار البيضاء ، في :

M<sup>me</sup> CHAFI LATIFA

Exploration Fonctionnelle Respiratoire  
(E.F.R.)

Huawei

— Quatre cent (400) alls —

Dr. ANWAR Mohamed Ali  
Spécialiste des maladies respiratoires  
Rés. ANNASR, Bd. Mohamed VI,  
GH8, Apt. 1 - Casablanca  
Tél.: 022.80.13.13

# EXPLORATION FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE

DR ANWAR Mohamed Ali

PNEUMO-ALLERGOLOGUE

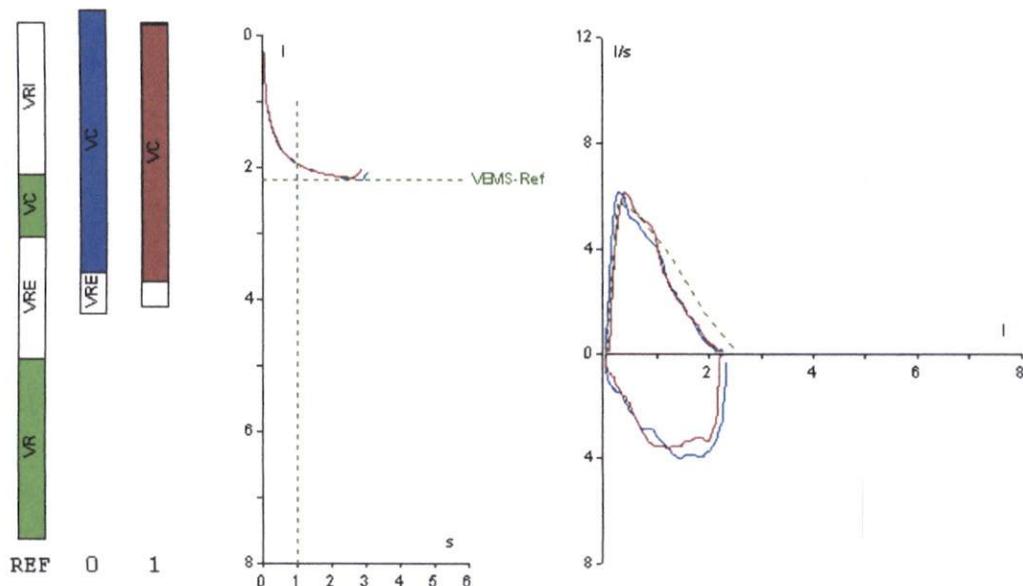
RES. ENNASR, BD MOHAMED VI, GH8, N°1 - CASA - TEL:022.80.13.13

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		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.