

## 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

- 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-616592



60788

63877

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) 2761

Matricule : Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : TANANI BOUCHAIB

Date de naissance : Coop ECHABAB n° 14 BERRCHID

Adresse :

Tél. : 0627750369 Total des frais engagés :



### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



5 MARS 2021

Date de consultation : 4/3/2021

Nom et prénom du malade : TANANI WIAM Age :

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 : 18/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVE 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
14/03/2021	4. C		43500 DH	INP : 1111111111111111
3	4. C		600 DH	Dr ABDELLAH Pneumopédiatriste Signature : Date : 22.03.03 - CASABLANCA
2021	K			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	04/03/2021	110,00

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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				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.

### 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 : <input type="text"/>														
				<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>														
				<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>														
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>														
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2"><b>H</b></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>D</b></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>B</b></td> </tr> </table>			<b>H</b>		25533412	21433552	00000000	00000000	<b>D</b>		00000000	00000000	35533411	11433553	<b>B</b>		<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>
<b>H</b>																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
<b>D</b>																		
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
<b>B</b>																		
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<b>Date du devis</b> <input type="text"/>														
				<b>Date de l'exécution</b> <input type="text"/>														

# Professeur Abdelaziz AICHANE

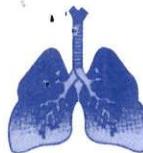
Spécialiste en pneumologie-Allergologie

Cabinet des explorations pneumologiques et allergologiques

Asthme et Maladies Allergiques tests cutanés Allergologiques

Désensibilisation Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Bronchoscopie Thoracoscopie Sevrage tabagique



الدكتور عبد الحفيظ عيشان

أستاذ جامعي سابق بكلية الطب

و مستشفى 20 غشت الدار البيضاء

أخصائي في أمراض التنفس والحساسية

الضيق وأمراض الحساسية خاليل الحساسية العلاج المناعي

تشخيص الوظائف التنفسية تشخيص الشخير الإلقاء عن التدخين

Casablanca, le : .....

04/03/2021

**TANANI WIAM**

• FORACORT 200

2 bouffées, matin, soir, pendant 2 mois

110,00

• metanaz

2 pulvérisation, matin, pendant 2 mois

110,00

جبلة مساجد بالدار  
Pharmacie Mosquée Riad  
Dr. Siham TA MIR  
N° 102 Mosquée Riad  
Riad (Ancien Stade Sportif) Bemchi  
Tél / Fax: 05 22 33 68 22

LOT: GA00612  
PER: 06/2022  
PPV: 110 DH 00

Dr Abdelaziz AICHANE  
Professeur  
Pneumo-Allergologie  
40, Rue des hôpitaux  
Tél.: 05 22 22 03 03 - CASABLANCA

40, شارع المستشفيات، الطابق الأول، رقم 5 قبالة مصلحة 28 - مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

40, Rue des hôpitaux, 1er étage N°5 en face pavillon 28 - hôpital Ibnou Rochd - Casablanca

الهاتف : 05 22 22 03 03

# Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en pneumologie-Allergologie

Cabinet des explorations pneumologiques et allergologiques

Asthme et Maladies Allergiques tests cutanés Allergologiques

Désensibilisation Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Bronchoscopie Thoracoscopie Sevrage tabagique



الدكتور عبد العزيز عيشان

أستاذ جامعي سابق بكلية الطب

و مستشفى 20 غشت الدار البيضاء

أخصائي في أمراض التنفس والحساسية

الضيق وأمراض الحساسية خاليل الحساسية العلاج الماعن

تشخيص الوظائف التنفسية تشخيص الشخير الإقلاع عن التدخين

Casablanca, le : .....

04/03/2021

## Facture

TANANI WIAM

Acte	QTE	Honoraire
Consultation	1	300,00 Dh
EFR SPIROMETRIE K30	1	600,00 Dh
<b>Total</b>		<b>900,00 Dh</b>

Arrêté la présente facture à la somme de :  
neuf cents dirham(s)

Dr Abdelaziz AICHANE  
Professeur  
Pneumologue et Allergologue  
40, Rue des hôpitaux 1er étage N°5 en face pavillon 28 - hôpital Ibnou Rochd - Casablanca  
Tél. : 05 22 22 03 03

40, شارع المستشفيات، الطابق الأول، رقم 5 قبالة مصلحة 28 - مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

40, Rue des hôpitaux, 1er étage N°5 en face pavillon 28 - hôpital Ibnou Rochd - Casablanca

Té. : 05 22 22 03 03  
الهاتف :

# Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en Pneumologie-Allergologie

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

40 Rue Hopitaux 1er étage n°5 Tél: 0522220303

Date: 04/03/2021

Temps: 10:09

Température ambiante:

19 °C

Technicien :

Pression ambiante:

1026 hPa

Humidité ambiante :

72 %

Nom : Tanani Wiam

Taille: 163 cm

Age: 18 Ans

Date Naissance: 24/03/2002

ID: TanWia24032002

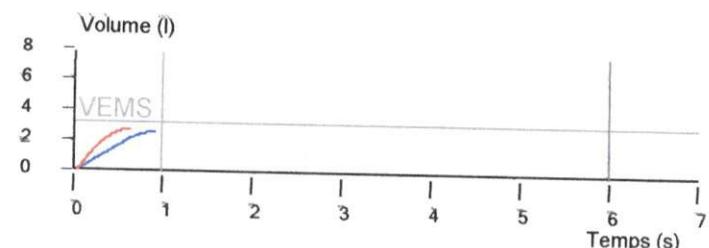
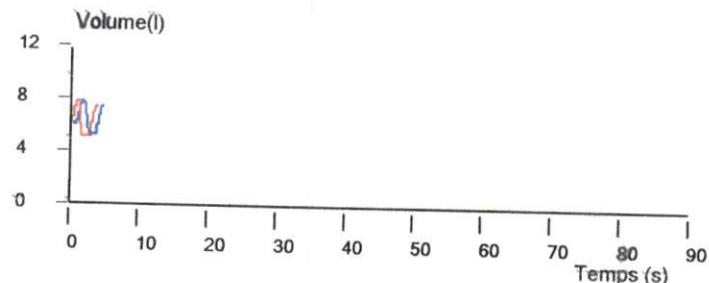
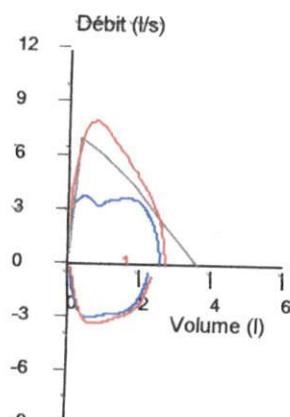
Poids: 63 kg

Genre: Féminin

BMI: 23,7 kg/m<sup>2</sup>

Medication:

## SPIROMETRIE



Paramètre	Unité	LLN	Ref	ULN	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	2,97	3,67	4,36	2,60	71	2,74	75	5	
CI	l		2,32		1,74	75	1,70	73	-2	
VC	l	0,36	0,53	0,70	2,01	379	2,04	385	1	
VRE	l		1,33		0,86	65	1,05	79	22	
Paramètre	Unité	LLN	Ref	ULN	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	2,59	3,21	3,84	2,60	81	2,74	85	5	
CVFex	l	2,97	3,68	4,39	2,60	71	2,74	75	5	
VEMS/CVF	%	74	84	95	100		100		0	
DEP	l/s	5,62	7,11	8,59	3,84	54	8,04	113	109	
DEM25	l/s	1,06	2,20	3,33	3,62	165	4,72	215	30	
DEM50	l/s	2,72	4,53	6,34	3,66	81	6,74	149	84	
DEM75	l/s	4,00	6,22	8,44	3,71	60	7,98	128	115	
DEM 25-75	l/s	2,71	4,11	5,51	3,60	88	6,51	158	81	
tex	s				1,0		0,7		-30	

Commentaire: Trouble Ventilatoire Obstructif Réversible.

Professeur Abdelaziz AICHANE

Dr Abdelaziz AICHANE  
Professeur  
Pneumo-Allergologie  
Rue des Hôpitaux  
n° 0522220303 - CASABLANCA