

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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

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

33245

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0011681**

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **12745** Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **LOUMLIL2 Med Fawzi** Date de naissance : **27/02/86**

Adresse : **Renta TA00625 les MAWLID Dr 22 Cosa**

Tél. : **0661342938** Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin **15 JUIL 2020**



Date de consultation : **09/03/2020**

Nom et prénom du malade : **EL GAOZ Wafa** Age : .....  
*(Handwritten signature of El Gaoz Wafa)*

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie : **Genes**

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 : **09/03/2020**

Signature de l'adhérent(e) : **El Gaoz Wafa**

Le : **09/03/2020**

### 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
09/03/2020	J.L	0	300,00	Professeur Abdellatif Ben Aissa 416, Ed. Abdellatif Ben Aissa Rés. Aïnoual Capital 5, 22500 Casablanca Tél: (+212) 5 22 55 00 00 ICE: 00205143100012

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/03/2020	48,50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
	09/03/2020	EFR	600,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaire, ainsi que le bilan de l'état de la dent.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H	25533412 00000000 35533411	G	MONTANTS DES SOINS
	D	21433552 00000000 00000000		DATE DU DEVIS
	B	00000000 11433553		DATE DE L'EXECUTION
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Professeur Abdelaziz BAKHATAR**

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur  
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation  
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)  
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang

**الدكتور عبد العزيز باخطار**

أستاذ التعليم العالي سابقا  
 بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
شهادة التدريب المتخصص A.F.S.A.  
المعمق بمستشفى بوجون، باريس  
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

Casablanca, le .....

09/03/2021

الدار البيضاء، في .....

El Gant waft

Cotipres. 20-5.5 (A.5)

20/3/2021 x 10<sup>mes</sup>

48.50

PHARMACIE LINDENBOURG  
Lamia LINDENBOURG  
24, Les Vosges les Crêtes - Casablanca  
Tél. : (+212) 5 22 99 66 24 — GSM : (+212) 6 61 08 99 15

Professeur Abdelaziz BAKHATAR  
416, Bd Abdelmoumen (Angle Bd Anoual), Résidence Anoual Capital Center - 1er étage, N°5 - Casablanca, Maroc  
Tél. : (+212) 5 22 99 66 24 — GSM : (+212) 6 61 08 99 15 — E-mail : bakhataraziz@gmail.com

# Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur  
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie  
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation  
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)  
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang



## الدكتور عبدالعزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقا  
 بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء  
شهادة التدريب المتخصص  
المعمق بمستشفى بوجون باريس  
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

9 Mars 2020

Casablanca, le .....

الدار البيضاء، في

## NOTE D'HONORAIRES

Je soussigné. Professeur Abdelaziz BAKHATAR

avoir reçu des honoraires

de la part de Madame ELGOUZ WAFA

concernant l'examen EFR

la somme de 600 DHS

Professeur Abdelaziz BAKHATAR  
Professeur à l'Université de Casablanca  
416, 29, Anoual Capital Center - Casablanca - Maroc  
Res. Anoual Capital Center - Casablanca - Maroc  
Tél. : (+212) 5 22 99 66 24 — GSM : (+212) 6 61 08 99 15 — E-mail : bakhataraziz@gmail.com  
ICE : 1051431000012

### Informations sur le patient

Nom	El gouz, Wafa
ID	#1846
Age	31 (27/02/1989)
Taille	158 cm
Poids	72 kg
Sexe	Féminin
Ethnicité	Caucasien

### Résultat du test

Votre VEMS/théorique: 118%

Paramètre	Pré					Post					%Diff	
	Théo.	LIn	Meilleur	Essai 2	Essai 3	Essai 1	%Théo.	Meilleur	Essai 3	Essai 2	Essai 1	
CVF [L]	3,30	2,60	3,91	3,91	3,86	3,67	118	3,79	3,79	3,55	2,95	115
VEMS [L]	2,87	2,24	3,37	3,37	3,31	3,23	118	3,44	3,44	3,15	2,83	120
VEMS/CVF	0,832	0,724	0,862	0,862	0,856	0,881	104	0,907	0,907	0,888	0,960	109
DEF25-75% [L/s]	3,84	2,44	3,78	3,78	3,80	3,74	98	4,38	4,38	3,79	3,43	114
DEP [L/s]	6,65	5,17	6,92	6,92	6,15	6,80	104	7,32	5,84	6,85	7,32	110
CVIF [L]	3,30	2,60	3,89	3,89	3,16	2,51*	118	3,97	3,97	3,87	2,50*	120
DIP [L/s]	-	-	4,07	3,60	4,07	2,48	-	4,34	4,34	3,29	2,40	-
VEMS/VEM6	-	-	0,862	0,862	0,856	0,881	-	0,907	0,907	0,888	0,960	-
DEF25% [L/s]	5,91	3,69	6,75	6,75	6,05	6,44	114	5,75	5,75	5,97	5,52	97
DEF50% [L/s]	4,26	2,45	4,29	4,29	4,26	4,25	101	4,59	4,59	4,16	3,64	108
ATI	-	-	-	0,000	0,000	0,000	-	-	4,572	8,303	0,000	-
TEF [s]	-	-	3,1	3,1	3,1	2,0	-	1,9	1,9	2,2	4,1	-
DEF75% [L/s]	1,99	0,86	1,92	1,92	1,83	1,98	96	2,52	2,52	2,11	1,85	127
Qualité du test	Pré	A (VEMS Var=0,06L (1,8%); CVF Var=0,05L (1,2%))										
	Post	D - Résultat non reproductible (VEMS Var=0,28L (8,2%); CVF Var=0,24L (6,3%))										
Interprétation système	Pré	Spirométrie normale										
	Post	Spirométrie normale										

Attention: qualité de test médiocre. Interpréter avec précaution.

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

