

# 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.

## Diagnostique 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://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 : LOUMILLI Medkour Date de naissance : 27/02/1986  
Adresse : Route TADERT Les MAULID D-22 Casa  
Tél. : 0661342937 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 15 JUL 2020  
Date de consultation : 09/03/2020  
Nom et prénom du malade : ELGASZ Wafa Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Parent  
Nature de la maladie : Grippe  
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 : Casa Le : 09/03/2020  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]





# 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
09/03/2020	JL	①	300 MA	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet, du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	9/3/2020	48,50

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

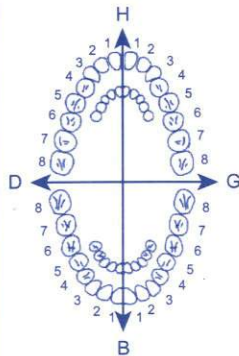
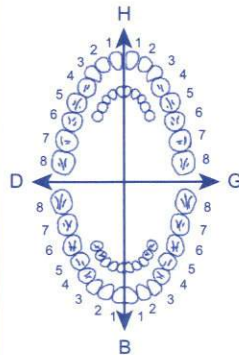
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l

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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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



**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 A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص  
المعمق بمستشفى بوجون، باريس)  
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم



Casablanca, le 09/08/2020 في الدار البيضاء.

El Gout Wafa

48.50  
Cotipres 20  
200g x 10gms



PHARMACIE HENRI BOURG  
Laurie LEANDRE  
24, Lct. Yasmine les Crêtes - Casa  
Tél : 05 22 99 66 24

Professeur Abdelaziz BAKHATAR  
Faculté de Médecine et de Pharmacie  
Rue Abdou Moumen - Bld. Anoual  
Tél : 05 22 99 66 24 - Casablanca

Signature



## 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



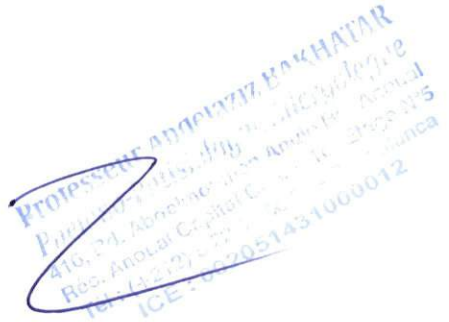
## الدكتور عبدالعزيز باخطار

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

Casablanca, le 9 Mars 2020 في الدار البيضاء.

### 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





## Informations sur le patient

Nom El gouz, Wafa  
ID #1846  
Age 31 (27/02/1989)  
Taille 158 cm  
Poids 72 kg IMC 28,8  
Sexe Féminin  
Ethnicité Caucasien

## Informations sur le test

Type de test CV et BDV  
Date du test 09/03/2020 16:29:13  
Heure post 09/03/2020 16:55:57  
Interprétation GOLD(2008)/Hardie  
Val. théo. ERS/ECCS  
Sélection de valeur Meill. valeur  
BTPS (insp/exp) 1,13/1,02

## Résultat du test

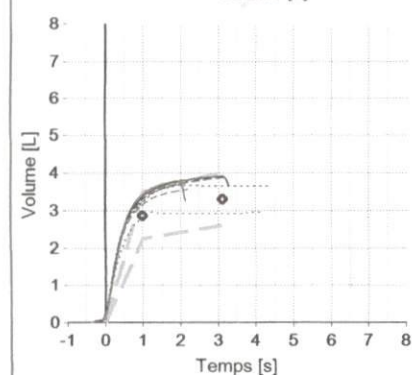
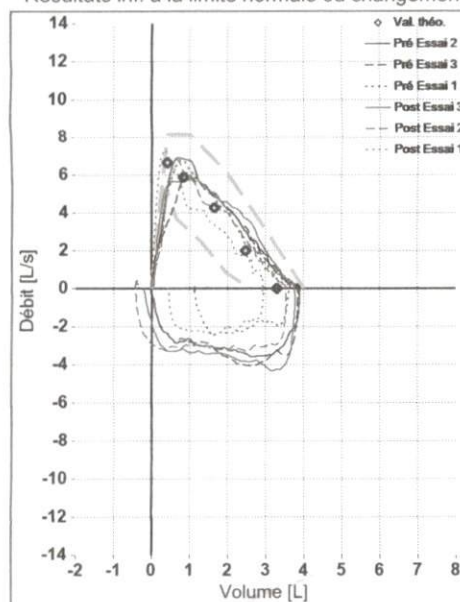
Votre VEMS/théorique: 118%

Paramètre	Théo.	Pré					%Théo.	Post					%Théo.	%Diff
		Lin	Meilleur	Essai 2	Essai 3	Essai 1		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	-3	
VEMS [L]	2,87	2,24	3,37	3,37	3,31	3,23	118	3,44	3,44	3,15	2,83	120	2	
VEMS/VCVF	0,832	0,724	0,862	0,862	0,856	0,881	104	0,907	0,907	0,888	0,960	109	5	
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	16	
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	6	
CVIF [L]	3,30	2,60	3,89	3,89	3,16	2,51*	118	3,97	3,97	3,87	2,50*	120	2	
DIP [L/s]	-	-	4,07	3,60	4,07	2,48	-	4,34	4,34	3,29	2,40	-	7	
VEMS/VEM6	-	-	0,862	0,862	0,856	0,881	-	0,907	0,907	0,888	0,960	-	5	
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	-15	
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	7	
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	-	-37	
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	32	

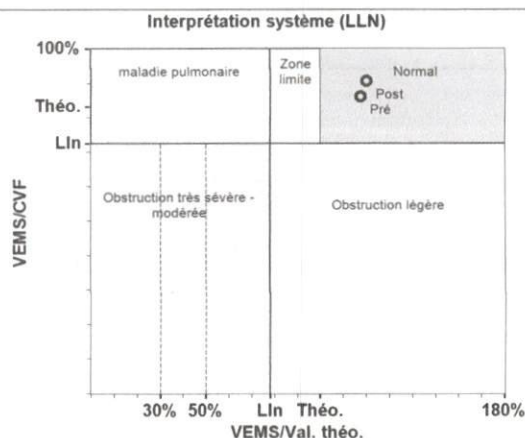
Qualité du test Pré A (VEMS Var=0,06L (1,8%); CVF Var=0,05L (1,2%))  
Post D - Résultat non reproductible (VEMS Var=0,28L (8,2%); CVF Var=0,24L (6,3%))  
Interprétation système Pré Spirométrie normale  
Post Spirométrie normale

Attention: qualité de test médiocre. Interpréter avec précaution.

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



Dernier réviseur hj 09/03/2020



Coopération: APS bonne

Coeur béaté avec Normal

T8 avec BR hyper