

## 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 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° W19-469286

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

Age :

Nature de la maladie :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :



# 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
24/06/2020	EF28p	400	09/09/2020	INP : 09/09/2020

Dr. AMRANI HENCHI SAÏDA  
Pneumo-Physiologue et Allergologue  
Médic - CASABLANCA  
Tél : 05 22 89 02 02

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

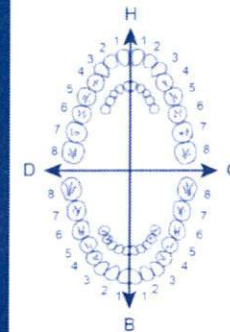
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

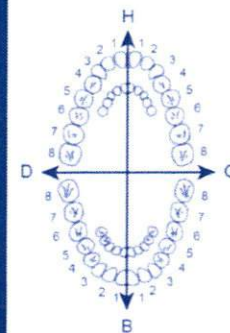
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Docteur A

HENCHI SAIDA

Pneumophtisiologue

Maladies Respiratoires et Allergiques

Asthme, Rhinite, Tuberculose  
Ronflement et Apnées du Sommeil

Adultes et Enfants

Ex Médecin au CHU Ibn Rochd  
Et Hôpital Moulay Youssef



الدركتورة حمري حنحي سعيدة

اختصاصية

في أمراض الجهاز التنفسي

الضيق، داء السل

كبار وأطفال

طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد  
و مستشفى مولاي يوسف

Casablanca, le

24/06/2020

الدار البيضاء

Dr. HENCHI SAIDA  
FACTURE

Consultation :

Radio Thorax :

EF Resp :

Tests Cutanés :

Total :

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA  
Pneumo-Phtisiologue et Allergologue  
Résidence Firdaous, GH25A  
RDC - CASABLANCA  
Tél : 05 22 89 02 02



**Docteur AMRANI HENCHI SAIDA**

Cabinet de pneumologie et d'allergologie

Rés. FIRDAOUS - Gr. H25 A -Imm.31 - Rez de chaussée - CASA

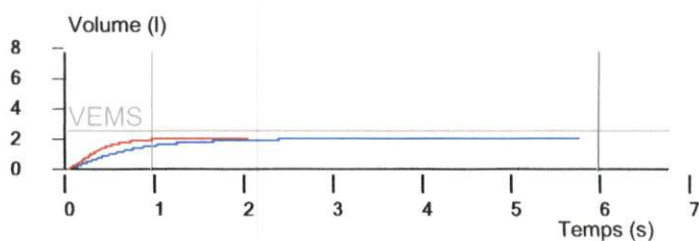
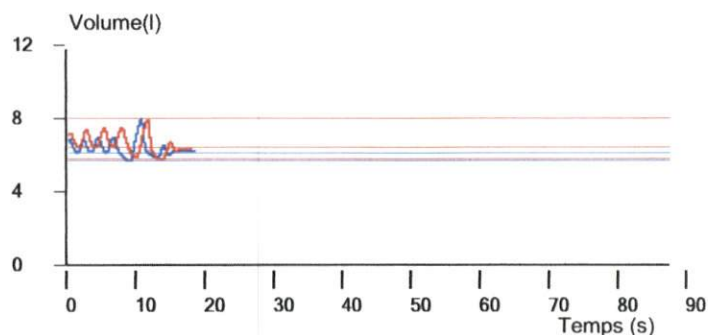
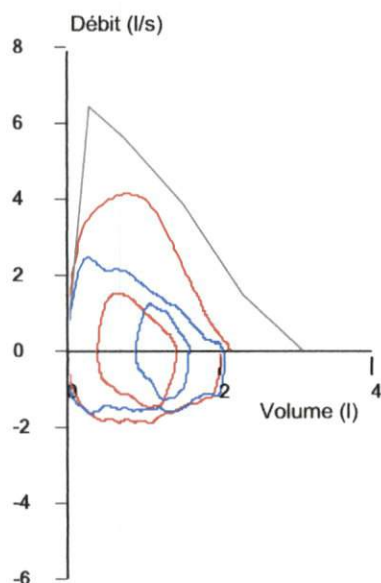
Tél: 05 22 89 02 02 - GSM: 0661 10 78 94

Nom : **LAILA Tazi**

Taille: 169 cm Age: 57 Ans Date Naissance: 10/07/1962

ID: **1LAITaz10071962**Poids: 87 kg Genre: Féminin BMI: 30,5 kg/m<sup>2</sup>

Medication: Post: Salbutamol



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	3,11	2,31	74	2,17	70	-6	
CI	l	2,55	1,54	60	1,53	60	-1	
VC	l		0,71		0,87		23	
VRE	l	0,87	0,50	57	0,63	73	26	

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	2,65	1,68	63	2,07	78	23	
CVFex	l	3,11	2,07	66	2,17	70	5	
VEMS/CVF	%	78	81		95		17	
DEP	l/s	6,48	2,48	38	4,15	64	67	
DEM25	l/s	1,46	1,03	71	1,91	131	85	
DEM50	l/s	3,88	1,75	45	3,94	102	125	
DEM75	l/s	5,62	2,17	39	3,96	70	82	
DEM 25-75	l/s	3,09	1,63	53	3,37	109	107	
tex	s		3,0		1,9		-37	

Commentaire: Coopération correcte. Trouble ventilatoire obstructif modéré amélioré sous salbutamol.

Date: 24/06/2020

Température ambiante: 23 °C

Temps: 14:38

Pression ambiante: 999 hPa

Dr. AMRANI HENCHI SAIDA  
Pneumologue et Allergologue  
Rés. Firdaous, GH25A  
RDC - CASABLANCA  
Tél: 05 22 89 02 02