

# 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.

## Diagnostic 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.

## Prothèse 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

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 22 78 18 - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0043580

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1372 Société : 22 Lila

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABDELKARIM, Mohamed

Date de naissance : 06.10.1953

Adresse : HAY EL Qods Bloc 37 n°3 S/D Bernoussi Casablanca

Tél : 06325582 Total des frais engagés : 80000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16.01.2020

Nom et prénom du malade : SAAD, Bobe Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

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 : Casablanca Le : 25.01.2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] ACCUEIL



Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/07/20	USP	4	820.160	

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 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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>2.1433552</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	2.1433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	2.1433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور ع. الناصري

Dr. Ara'î NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophtisiologue



CMR

الدكتور محمد البراهيمي

DOCTEUR M. EL IBRAHIMI  
PNEUMOPHTISIOLOGUE

5 bis rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - CASABLANCA  
Téléphone : 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47 - Fax : 05 22 94 91 23

E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web : www.cmr-maroc.com

Casablanca, le

17.01.2020

M

SND fatigue

### Honoraires versés

Le .....	Consultation	DH
Le .....	Radiographie Pulmonaire Face :	DH
Le .....	Radiographie Pulmonaire Profil	DH
Le .....	Pléthysmographie / DLCO	DH
Le .....	Spirometrie - Oscilling	DH
Le .....	Polysomnographie + Polygraphie	DH
Le .....	Polygraphie sous VNI	DH
Le .....	Gaz du Sang Artériel	DH
Le .....	Mise en Place de VNI	DH
Le .....	Epreuve d'Effort Cardio-Respiratoire	DH
Le .....	Tests Cutanes	DH
Le .....	Fibroskopie Bronchique / LBA	DH
Le .....	Aerosol + Injection	DH
Le .....	Ponction "Pleurale - Biopsie"	DH
Le .....	Ponction "Pleurale - Simple"	DH
Le .....	Echographie de repérage	DH
Le .....	Exsufflation	DH

TOTAL : 800,00 DH



الدكتور محمد العربي  
Dr. Arabi NACIRI

Professeur agrégé  
Pneumophtisiologue



الدكتور محمد العربي  
DOCTEUR M. EL IBRAHIMI  
PNEUMOPHTISIOLOGUE

5 bis rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - CASABLANCA  
Téléphone : 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47 - Fax : 05 22 94 91 23  
E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web : www.cmr-maroc.com

Casablanca, le

11.01.2020.

M

SNAD. f. f. f.

## FAIRE

- ☐ Radiographie Pulmonaire Face :
- ☐ Radiographie Pulmonaire Profil
- ☐ Pléthysmographie / DLCO
- ☐ Spirometrie - Oscilling
- ☐ Polysomnographie + Polygraphie
- ☐ Polygraphie sous VNI
- ☐ Gaz du Sang Artériel
- ☐ Mise en Place de VNI
- ☐ Epreuve d'Effort Cardio-Respiratoire
- ☐ Tests Cutanes
- ☐ Fibroscopie Bronchique / LBA
- ☐ Aerosol + Injection
- ☐ Ponction "Pleurale - Biopsie"
- ☐ Ponction "Pleurale - Simple"
- ☐ Echographie de repérage
- ☐ Exsufflation

5 bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca  
Tél: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47  
Pneumophtisiologue  
Dr. Arabi NACIRI

**CMR**EXPLORATION ET TRAITEMENT DES MALADIES  
RESPIRATOIRES DU SOMMEIL ET DE  
RONFLEMENT

Tél. 022.94.92.46/022.94.93.47, Fax. 022.94.91.23

E-mail: soufflemaroc@gmail.com - Site web www.cmr-  
maroc.com

SMAD, FATIMA

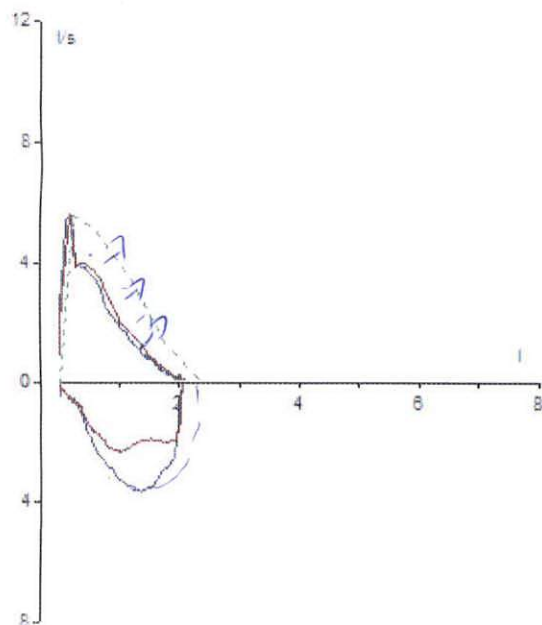
ID-Nr: SMAFAT171161

153 cm, 82 kg,

Remarques:

mesuré le 15.01.2020 à

11:58 h

**Spirométrie, Courbe Débit/Volume****Paramètres statiques:**

Heure		11:39		11:58	
Médicament					
Paramètre	Unité	Théor.	Pré % Théor	Post % Théor	Post % Pré
CV	l	2.34			
VRE	l	0.79			
VRI	l				
VC	l				
CI	l	1.85			

**Paramètres dynamiques :**

CVF	l	2.38	2.06	87	2.15	90	4
VEMS	l	1.99	1.71	86	1.78	89	4
VEMS/CV	%	78					
VEMS/CVF	%	78	83	106	83	106	-0
DEP	l/s	5.57	5.59	100	5.64	101	1
DEM75	l/s	5.08	3.66	72	3.83	75	5
DEM50	l/s	3.46	1.89	55	1.96	57	4
DEM25	l/s	1.27	0.82	65	0.77	61	-6
DEMM25-75	l/s	2.86	1.63	57	1.76	61	8
DIP	l/s	3.98	3.63	91	2.32	58	-36
DIM50	l/s	3.54	3.20	90	2.31	65	-28
Aex	l*/l/s		4.42		4.65		5

**Commentaires:**

©2006 ZAN® Meßgeraete GmbH R.F.A. Tel: +49 9736 8181-0

Mesure  
réalisée à: 15.01.2020/11:39  
BTPS // [°C/mbar/%]

Madame SMAD Fatima née le 17/11/1961

- Asthme mal contrôlé. Sibilances - Dyspnée - Toux spasmodique - Pas de  
cardiopathie connue.

- Sous traitement de fond.

Le test de réversibilité réalisé 15 mn après inhalation de 400 µg de Salbutamol avec une chambre  
d'inhalation est négatif**Conclusion**Trouble ventilatoire obstructif modéré sévère des grosses bronches et des petites voies  
aériennes non réversible sous Salbutamol.

Docteur Arabi NACIRI  
Professeur Agrégé  
Maladies Respiratoires  
5. Bis Rue Ibnou Babik Maarif  
CASA-Tél: 022.94.92.46 94.93.47