

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Educational :

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
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



Déclaration de Maladie

N° P19-0048744

54738

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2857

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JOUDANE Mohamed

Date de naissance : 27-2-55

Adresse : 8 Rue Goulmina Res. GBOITOUR

Boussane ENSALMANA

Tél. : 0661434528

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JOUDANE Mohamed

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 : Casa Blanche

Le : 25/12/2020

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 23/12/20 | CS | 1 | 300 de | |
| 23/12/20 | plg | 1 | 1200 de | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <p>Pharmacie</p> <p>Nezha El Aoud</p> <p>Docteur en Pharmacie</p> <p>199, bd. Bourdoux - Casablanca</p> <p>05 22 49 21 71 / 72 - Fax : 05 22 26 99.18</p> <p>092010982</p> | 23/12/20 | 1007,70 |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 canaux, ainsi que le bilan

| 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></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | H | | H | 25533412 | 21433552 | | 00000000 | 00000000 | | D | | G | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | | B | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | H | | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Rachid EL KHETTAR
PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE

الدكتور رشيد الخطار
 اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية
 البالغين - الأطفال

Pneumorek

Adultes - Enfants

23/12/2020

MR JOUDANE MOHAMED

Casablanca le :

843,00

- Ultibro breezhaler 110 µg / 50 µg
1 dose, matin 3 mois



140,00

- Miflasone 400 µg
1 dose, matin, soir 3 mois



24,70

- Vaxigrip
- taraxet 25 mg
1 cp comprimé soir 5 jours



1007,70

Pharmacie
Argane **Nezha El Aoud**
 Docteur en Pharmacie
 199, bd. Bourdeaux - Casablanca
 Tél. : 05 22 49 21 71 / 72 - Fax : 05 22 26 19 18



~~Dr Rachid EL KHETTAR
 Pneumologue
 175, Rue Boukraa - Casablanca
 Tél. : 05 22 49 23 75
 00158453300041~~

Résidence Houssam Jassim

175, Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3^{ème} Etage - Casablanca

Tél.: 0522 49 23 75 - 0675 35 24 35

E-mail : pneumorek@gmail.com

Dr Rachid EL KHETTAR
PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE

الدكتور رشيد الخطار
اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية
البالغين - الأطفال

Cabinet d'Explorations Respiratoires

pneumorek
Adultes - Enfants

23/12/2020

Facture.....
Casablanca

MR JOUDANE MOHAMED

| Acte | QTE | Honoraire |
|--------------------------|-----|--------------------|
| Consultation | 1 | 300.00 Dh |
| EFR PLETHYSMOGRAPHIE K40 | 1 | 1 200.00 Dh |
| Total | | 1 500,00 Dh |

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

Dr Rachid EL KHETTAR
Pneumologue
Rue Boukraa - Casablanca
Tél: 05 22 49 23 75
06 58 35 23 41

Résidence Houssam Jassim

175, Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3^{ème} Etage - Casablanca

Tél.: 0522 49 23 75 - 0675 35 24 35

E-mail : pneumorek@gmail.com

Cabinet Dr EL Khettar Rachid

Pneumologie allergologie somnologie
175 rue boukraa Casablanca bourgogne
Tel: 0522492375 0675652435

Mohamed Joudane

169 cm

65 Ans

27/02/1955

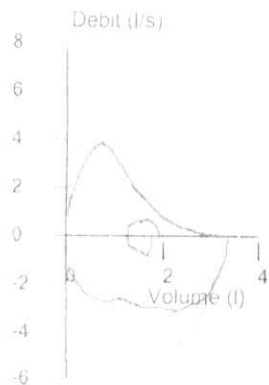
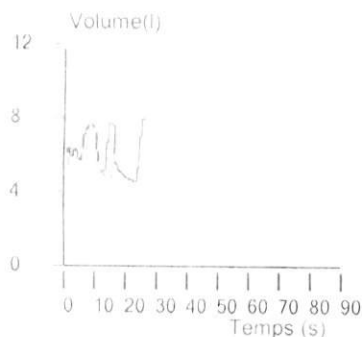
MohJou27021955

68 kg

Masculin

23,8 kg/m²

Post: Salbutamol

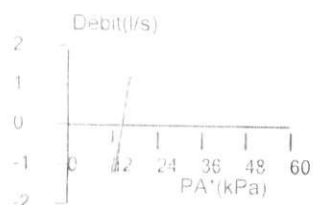
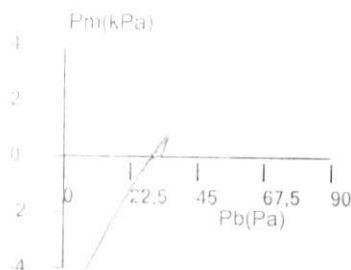


| Paramètre | Unité | Ref | Pré | %Ref | Post | %Ref | %Pré |
|-----------|-------|------|------|------|------|------|------|
| CV | | 3,84 | 3,41 | 89 | 3,11 | 83 | -6 |
| CI | | 2,97 | 2,12 | 71 | 2,10 | 87 | 22 |
| VC | | | 0,36 | | | | 625 |
| VRE | | 1,04 | 1,26 | 121 | 0,66 | 58 | -52 |

| Paramètre | ZScore |
|-----------|--------|
| CV | -1,5 |
| CI | -1,5 |

| Paramètre | Ref | Pré | %Ref | Post | %Ref | %Pré |
|-----------|------|------|------|------|------|------|
| VEMS | 1,89 | 2,13 | 74 | 2,12 | 74 | 0 |
| CVFex | 3,70 | 3,18 | 86 | 4,10 | 84 | -2 |
| VEMS/CVF | 76 | 67 | | 68 | | 1 |
| DEP | 4,73 | 3,85 | 50 | 4,60 | 59 | 19 |
| DEM25 | 0,38 | 0,44 | 32 | 0,41 | 37 | 16 |
| DEM50 | 1,04 | 1,74 | 43 | 1,72 | 43 | -1 |
| DEM75 | 3,87 | 3,85 | 56 | 4,00 | 58 | 4 |
| DEM 25-75 | 4,14 | 1,29 | 41 | 1,14 | 42 | 2 |
| tex | | 8,2 | | 2,4 | | -9 |

| Paramètre | Ref | Pré | %Ref | ZScore |
|-----------|------|------|------|--------|
| VGT | 3,4 | 3,86 | 112 | 1,5 |
| CPT | 0,42 | 5,68 | 88 | -1,5 |
| VR | 1,4 | 2,26 | 94 | -1,5 |
| DEP | | | | |
| DEM25 | | | | |
| DEM50 | | | | |
| DEM75 | | | | |
| DEM 25-75 | | | | |
| tex | | | | |
| sRAW | | | | |



Trouble ventilatoire obstructif ~~modéré~~
modéré

23/12/2020
12:33

20 °C

1026 hPa

60 %