

# 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.

## 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.

## Maladie chronique :

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° P19-0033933

58245

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1790 Société : RETRETE  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HAMILON BENDAGUI  
Date de naissance : 18/11/52  
Adresse : 30 LOT EL VAFI, HA DEROUA BARCHID  
Tél. : 06 63 23 93 94 Total des frais engagés : 1110 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/1/2021  
Nom et prénom du malade : HAMILON BENDAGUI Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Gène respiratoire  
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 : DEROUA

Le : 28/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-033933

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1790  
Nom de l'adhérent(e) : HAMILON  
Total des frais engagés : 1110 DH  
Date de dépôt : 28/01/2021

# 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
28/11/21	K <sub>30</sub>		300 DH 600 DH	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>ACIE EL OUMOUA</p> <p>244, Rue Wafae Daroua Berrechid</p> <p>Dr EL MARWANI Othman</p> <p>Tél : 08 22 53 20 54</p>	28/11/21	210,00

# 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	

# VOLET ADHERENT

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

# 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

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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
			MONTANTS DES SOINS										
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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

# Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en pneumologie-Allergologie

Cabinet des explorations pneumologiques et allergologiques

Asthme et Maladies Allergiques tests cutanés Allergologiques

Désensibilisation Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Bronchoscopie Thoracoscopie Sevrage tabagique



الدكتور عبد العزيز عيشان

أستاذ جامعي سابقا بكلية الطب

و مستشفى 20 غشت الدار البيضاء

أخصائي في أمراض التنفس والحساسية

الضيق وأمراض الحساسية خاليل الحساسية العلاج المناعي  
تشخيص الوظائف التنفسية تشخيص الشخير الإقلاع عن التدخين

Casablanca, le : .....

28/01/2021

HAMILOU BENDAOU

210,00

- flowair 10 mg  
1 comprimé, soir, pendant 1 mois

210,00

Dr Abdelaziz AICHANE  
Professeur  
Pneumo-Allergologie  
40, Rue des hôpitaux  
Tél : 05 22 22 03 03 - CASABLANCA

PHARMACIE EL OUMOUNA  
244, Lot. Wafae Deroua Berrechid  
Dr. EL MARWANI Otmane  
Tél : 05 22 53 28 53

الطابق الأول. رقم 5 قبالة مصلحة 28 - مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

40, Rue des hôpitaux. 1er étage N°5 en face pavillon 28 - hôpital Ibnou

الهاتف : 05 22 22 03 03

PPV : 210,00 DH

# Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en pneumologie-Allergologie

Cabinet des explorations pneumologiques et allergologiques

Asthme et Maladies Allergiques tests cutanés Allergologiques

Désensibilisation Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Bronchoscopie Thoracoscopie Sevrage tabagique



الدكتور عبد العزيز عيشان

أستاذ جامعي سابقاً بكلية الطب

و مستشفى 20 غشت الدار البيضاء

أخصائي في أمراض التنفس والحساسية

الضيق و أمراض الحساسية خاليل الحساسية العلاج المناعي

تشخيص الوظائف التنفسية تشخيص الشخير الإقلاع عن التدخين

Casablanca, le : .....

28/01/2021

## Facture

HAMILOU BENDAOU

Acte	QTE	Honoraire
Consultation	1	300,00 Dh
EFR SPIROMETRIE K30	1	600,00 Dh
<b>Total</b>		<b>900,00 Dh</b>

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

Dr Abdelaziz AICHANE  
Professeur  
Pneumo-Allergologie  
40 - Rue des Hôpitaux  
Tél.: 05 22 22 03 03 - CASABLANCA

40. شارع المستشفيات. الطابق الأول. رقم 5 قبالة مصلحة 28 - مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

40, Rue des hôpitaux. 1er étage N°5 en face pavillon 28 - hôpital Ibnou Rochd - Casablanca

الهاتف : 05 22 22 03 03

# Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en Pneumologie-Allergologie

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

40 Rue Hopitaux 1er étage n°5 Tél: 0522220303

Date: 28/01/2021

Température ambiante: 18 °C

Technicien :

Temps: 09:11

Pression ambiante: 1039 hPa

Humidité ambiante: 82 %

Nom : Bendaoud Hamilou

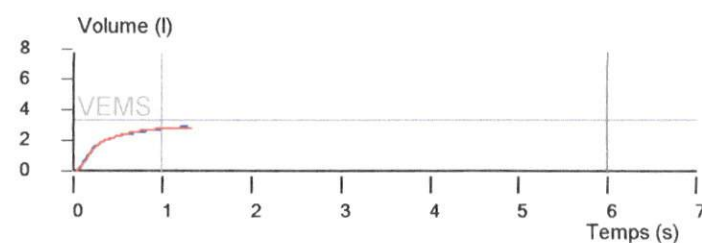
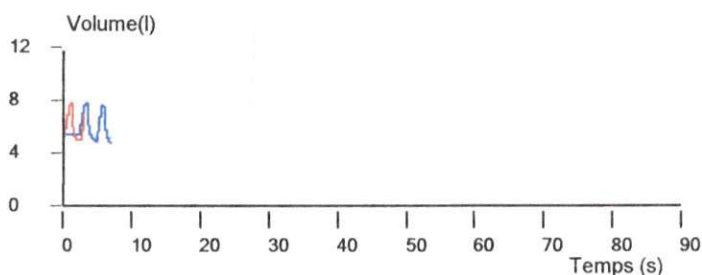
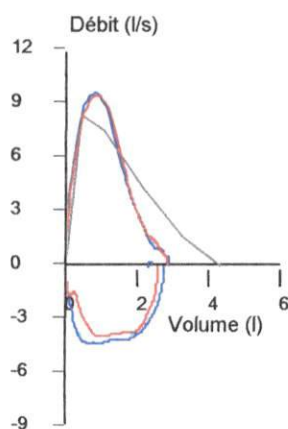
Taille: 182 cm Age: 68 Ans Date Naissance: 18/11/1952

ID: BenHam18111952

Poids: 86 kg Genre: Masculin BMI: 26,0 kg/m²

Medication:

## SPIROMETRIE



Paramètre	Unité	LLN	Ref	ULN	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	3,63	4,55	5,47	2,94	65	2,87	63	-2	
CI	l		3,67		2,43	66	2,87	78	18	
VC	l				2,70		2,30		-15	
VRE	l		1,13		0,51	45			-100	
Paramètre	Unité	LLN	Ref	ULN	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	2,53	3,37	4,20	2,85	85	2,86	85	0	
CVFex	l	3,37	4,38	5,38	2,94	67	2,87	66	-2	
VEMS/CVF	%	63	75	87	97		100		3	
DEP	l/s	6,41	8,40	10,39	9,65	115	9,47	113	-2	
DEM25	l/s	0,36	1,64	2,93	2,10	128	2,39	145	14	
DEM50	l/s	2,27	4,44	6,61	6,48	146	7,35	166	13	
DEM75	l/s	4,68	7,50	10,31	9,58	128	9,26	124	-3	
DEM 25-75	l/s	1,60	3,31	5,02	5,13	155	5,59	169	9	
tex	s				1,3		1,4		8	

Commentaire: Exploration Fonctionnelle Respiratoire Normale

Professeur Abdelaziz AICHANE

Dr. Abdelaziz AICHANE  
Pneumologue-Allergologue  
40 - Rue des Hopitaux  
Tél.: 0522220303 - CASABLANCA