

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 canalaire, 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 canalaire.

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° M21- 0050130

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04398 Société : RAM 22664
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL FARAJ FATIHA
Date de naissance : 14/10/53
Adresse : 04, Rue FATIHA KHALIFA - CASA
Tél. : Total des frais engagés : 1200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. A. FASLA Anesthésie-Réanimation
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Cancer du sein, Schizophrénie, Dépression
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 : 24/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019



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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 24/05/20 | Cs | | Gratuite | DR. A. FASLA |

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 |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| Dr. Meriem LAMMARI Pneumologue - Allergologue Bd. Mohammed VI - Casablanca Tél: 05 22 62 15 95 / 05 22 62 12 63 | 24/05/20 | voir facture | 1200,- |

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 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>H</td> <td></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></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



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحّة القلب والشرّايين فرانس قفيل

Casablanca le, 24/05/2021

M-me. ELFARAJ Fatima

EFR préopératoire



Dr. A. FASLA
Anesthésie-Réanimation

FACTURE
202103811
Du : 24/05/2021

Etablie par : e. meryen

Clinique

| Prestation | Quantité | Prix Unitaire | Total |
|---|----------|---------------|-----------------|
| MECANIQUEVENTILATOIRE PAR PLETHYSMOGRAPHIE CALCUL VOLUMES DEBITS RESISTANCES ET CAPACITE RESIDUELLE RESPIRATOIRE | 1 | 1 200,00 | 1 200,00 |
| TOTAL CLINIQUE | | | 1 200,00 |

Encaissement Compte d'Autrui

| Prestation | Quantité | Prix Unitaire | Total |
|---------------------|----------|---------------|-------------|
| | | | |
| TOTAL AUTRUI | | | 0,00 |

Ententes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arretée la presente facture à la somme de MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

| | |
|------------------|----------|
| | Patient |
| Total TTC | 1 200,00 |



CLINIQUE FRANCE VILLECENTRE CARDIOVASCULAIRE
Casablanca

| | |
|--|---|
| NOM DU PATIENT : Mme EL FARAJ FATIHA DATE DE NAISSANCE : 14/10/1953 | Sejour : Du 24/05/2021 au 24/05/2021 |
|  | |
| Reçu N°: 153990 | |
| Paielement du 24/05/2021 16h56 | |
| Montant | 1 200,00 Dh |
| Type de paiement | Espèce |

Imprimé par : **HAMROUCH AMINA** Le 24/05/2021 16h56

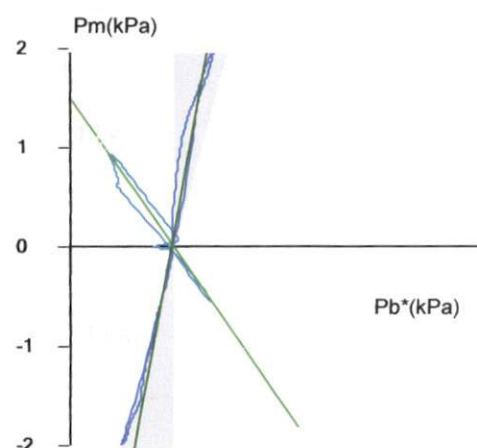
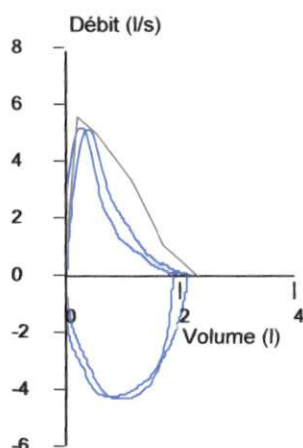
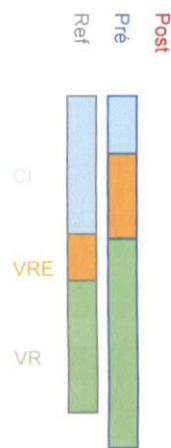
Nom : **FATIHA ELFARAJ**

Taille: 158 cm Age: 67 Ans Date Naissance: 14/10/1953

ID: **24/05/2021/04**

Poids: 60 kg Genre: Féminin BMI: 24,0 kg/m²

Medication:



| Paramètre | Unité | Ref | Pré | %Ref | ZScore |
|-----------|-------|------|------|------|--------|
| VEMS | l | 1,97 | 1,69 | 86 | |
| CVFex | l | 2,37 | 2,22 | 94 | |
| VEMS/CVF | % | 76 | 76 | | |
| DEP | l/s | 5,57 | 5,14 | 92 | |
| DEM25 | l/s | 1,09 | 0,46 | 42 | |
| DEM50 | l/s | 3,36 | 1,80 | 54 | |
| DEM75 | l/s | 5,01 | 4,81 | 96 | |
| DEM 25-75 | l/s | 2,62 | 1,36 | 52 | |
| tex | s | | 5,5 | | |

| Paramètre | Unité | Ref | Pré | %Ref | ZScore |
|-----------|-------|------|------|------|--------|
| CV | l | 2,34 | 2,22 | 95 | |
| CI | l | 2,06 | 1,64 | 79 | |
| VC | l | | 0,88 | | |
| VRE | l | 0,67 | 0,37 | 55 | |
| VGT | l | 2,61 | 4,31 | 165 | |
| CPT | l | 4,64 | 5,16 | 111 | |
| VR | l | 1,93 | 3,06 | 159 | |

| Paramètre | Unité | Ref | Pré | %Ref | ZScore |
|-----------|-----------|------|------|------|--------|
| RVA | kPa/(l/s) | 0,20 | 0,20 | 100 | |
| GAW | (l/s)/kPa | 6,66 | 4,98 | 75 | |
| sRAW | kPa*s | 0,52 | 0,87 | 166 | |

Commentaire: Bonne coopération, Obstruction bronchique périphérique, avec une distention thoracique
Pas de syndrome restreictif.
*VEMS à 86%

Date: 24/05/2021

Température ambiante: 22 °C

Temps: 15:38

Pression ambiante: 1017 hPa

Humidité ambiante: 50 %

Technicien:

Dr. Mohamed EL KHOUSSI
Pneumologue Allergologue
393, Boulevard Ghandi, angle rue MedFouiteh - Casablanca
Tél: 05 22 23 26 27
Fax: 05 22 23 26 27

