

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

cique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

taire :

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.

adie 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

UPRAS 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 22666

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL FARAJ FATHIA

Date de naissance : 14/10/53

Adresse : 04, Rue FATHIA KHALIFA - CASA

Tél. : Total des frais engagés : 1200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DR. A. FASIA

Anesthésie-Réanimation

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Chirurgie Plastique, Bohr, ne op

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 : CA824

Le : 24/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
24/05/2020	CS	1	Gratuite	Dr. A. FASLA Anesthésie Résident

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
     	15/07/2015	100% facture	1200,-

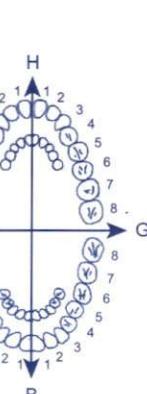
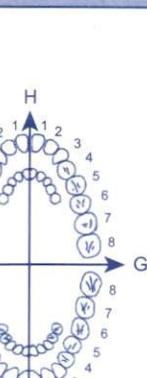
AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

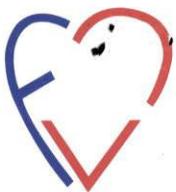
Important :

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																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES																			
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux															
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">000000000</td> <td style="text-align: center;">000000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">000000000</td> <td style="text-align: center;">000000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	000000000		000000000	D			000000000		000000000	35533411 11433553			Montants des soins
		H	25533412	21433552																
		000000000		000000000																
		D																		
000000000		000000000																		
35533411 11433553																				
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Date de l'exécution																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC



CLINIQUE CARDIOLOGIQUE FRANCEVILLE

مصحة القلب والشرايين فرانس فيل

Casablanca le, 24/05/2021

Mme. ELFARAJ Fatiha

EFR préopératoire



Dr. A. FASLA
Anesthésie-Réanimation

✓ **CLINIQUE FRANCE VILLE**
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : Mme EL FARAJ FATIHA
Séjour : Du 24/05/2021 au 24/05/2021

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

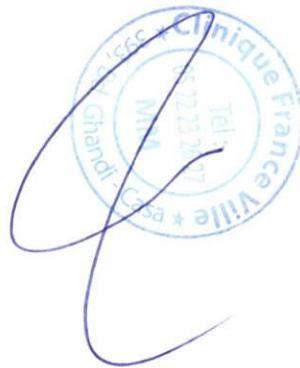
Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
TOTAL AUTRUI			0,00

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

Arrêtée la présente facture à la somme de MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

	Patient
Total TTC	1 200,00



CLINIQUE FRANCE VILLE
CENTRE 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

Paiement du 24/05/2021 16h56

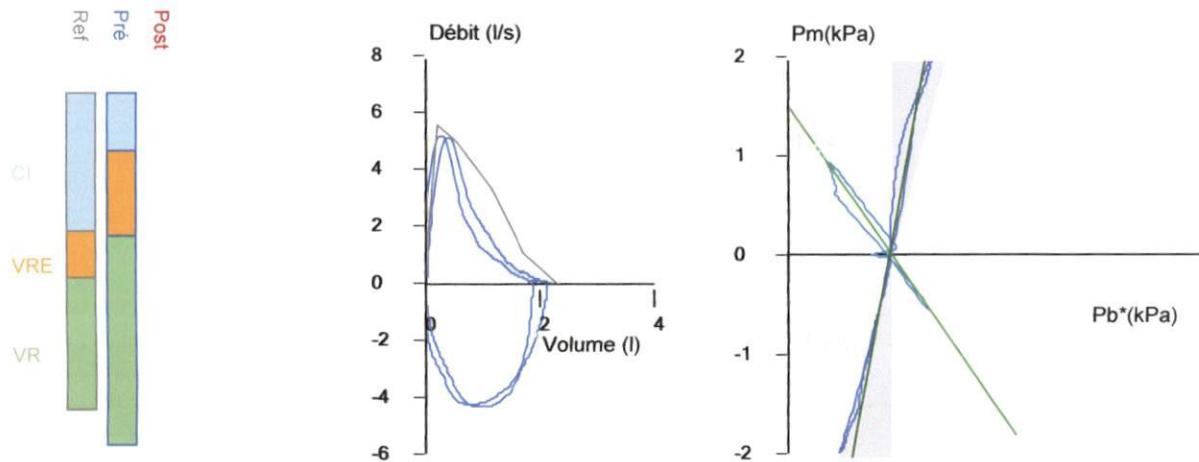
Montant	1 200,00 Dh
Type de paiement	Espèce

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



Nom : **FATIHA ELFARAJ**ID: **24/05/2021/04**

Medication:

Taille: **158 cm**Age: **67 Ans**Poids: **60 kg**Genre: **Féminin**Date Naissance: **14/10/1953**BMI: **24,0 kg/m²**

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	ZScore
VEMS	l	1,97	1,69	86	
CVFex	l	2,37	2,22	94	
VEMS/CVF	%	76	76	92	
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 distension thoracique
Pas de syndrome restrictif.
*VEMS à 86%

Date: **24/05/2021**Temps: **15:38**

Température ambiante:

22 °C

Pression ambiante:

1017 hPa

Humidité ambiante :

50 %

Technicien: **DR. M. LAHOUSSI**
Pneum. Physiologie Allergologie
Dr. Chouihada Rue 2 N° 86
Dr. Mohammed Rue 22 N° 159
Tél: 05 22 62 15 91 / 05 22 62 12 12
Tél: 05 22 62 15 91 / 05 22 62 12 12