

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.

Radiologie 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 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

La 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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-583833

83362

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03611 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BASSIME AHMED

Date de naissance : 25-11-1962

Adresse : Résidence ALWAHDA, P. 15, BERRECHID

Tél. : 0673717452

Total des frais engagés : 1349,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur MARCHOIR Rachid
Spécialiste des Maladies Respiratoires
et Allergiques

80, Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage

CP: 20100 - Berrechid

Gsm: 0691 97 57 21

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/09/2021

Nom et prénom du malade : EL HAYANE Age : 40ans

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

Nature de la maladie : Rhin - Conjonctivite et asthme persistant / Covid 19

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 : BERRECHID Le : 02/09/2021

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
04/09/2021	CS	01	150 dir/pens	INF : 06/10/21 Gato Docteur MABCHOUR Rachid Spécialiste des Maladies Respiratoires et Allergiques 80, Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage
07/09/2021	Kdo	01	500 dir/hausp	

Docteur MABCHOUR Rachid
Spécialiste des Maladies Respiratoires
et Allergiques

80, Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage

CP: 26100 - Berrechid

Gsm: 06 91 97 57 21

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture
	02.09.21	598,60

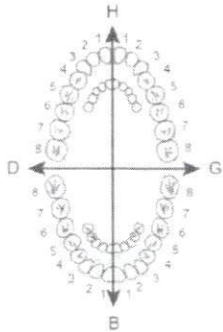
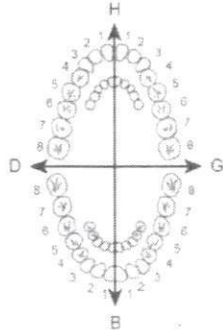
[illegible][illegible]

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 de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	G																
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS													
			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : [][][][][][][]

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVISDATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur MABCHOUR Rachid

Spécialiste des Maladies
Respiratoires et Allergiques

Diplômé de la faculté de médecine de Paris



الدكتور مبشور رشيد

أخصائي في الأمراض
التنفسية والحساسية
خريج كلية الطب بباريس

Berrechid, le : 01/09/2021 : برشيد ، في :

El Hayat Ficher

089119 12 22

Ippsiu 20mg/14
PPV : 82,10 Dh

82110

1) Ippsiu 20mg/14

gélules par

366 pos, avant le petit déjeuner

2) Bétastène 2mg

3) Comprimés par
pos, après le petit déjeuner

ventoline-spray

PHARMAS LOT : 2304
UT.AY : 07-24
PPV : 36DH60

PHARMACIE AL HAKIM - BERRECHID
Dr FOUZA ANANI
Lot - AL HAKIM - AL JAMIL
Tél : 06 22 53 32 52

GlaxoSmithKline
Maroc
Ain El Hadjira
Région de Rabat



VENTOLINE 100 mcg
Aérosol 200 doses
PPV 45,30 DH

80, شارع عبد الله القادري - الطابق الأول - رب : 26100 برشيد - المحمول : 06 91 97 57 21
80, Bd. Abdellah Kadiri - 1er étage - C.P. : 26100 - Berrechid - GSM : 06 91 97 57 21

2 bouffées x 4 par

NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 136,20 DH
Distribué par MSD Maroc

54.20 x 8 jours
4.20
136.20 Na boness

2 pulvérisations nasales



NASONEX 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 40 doses
P.P.V: 56,20 DH
Distribué par MSD Maroc

27.70 x 2 par

Cardio aspirine 100

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27.70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

185.00 1 Aspirine à midi (Repas)

LOT: GB10199
PER: 12/2023
PPV: 185 DH 00

6) Salw 20 x 10 jours
73.150 Bouffées x 2 par

LOT: 20203
PER: 11/2023
PPV: 31.50 DH

73.150 Aspirine Adulte

598.960 Diluée à l'eau
par jour x 3 jours

Docteur MABCHOUR Rachid
Spécialiste des Maladies Respiratoires
et Allergiques
Bd Abdellah Vadori - 1er Étage
CP: 26100 - Berrachid
Gsm: 06 91 97 51 21



Docteur Mabchour Rachid

Pneumologue

80, boulevard Abdellah Kadiri 1^{er} étage - Berrechid

Berrechid le

04/09/2021

Facture et Compte-rendu de EFR

Mr/Mme

EL HAYANY Achir

a subi, ce jour, une EFR (spirométrie), cotée K20 et payée à

Cinq Cent (500) dirhams.

Résultat :

Bonne Coopération

- Trouble ventilatoire obstructif diffus, modéré à sévère, réversible
sous β_2 mimétiques.

Docteur MABCHOUR Rachid
Spécialiste des Maladies Respiratoires
et Allergiques
80, Bd Abdellah Kadiri - 1^{er} Etage
CP: 26100 - Berrechid
Gsm: 06 91 97 57 21



Dr Rachid MABCHOUR

Exploration fonctionnelle respiratoire

berrechid

Tel : 06.69.97.57.21

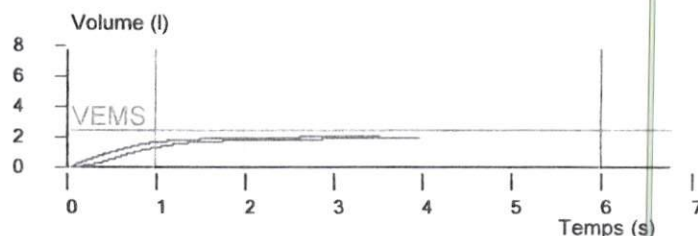
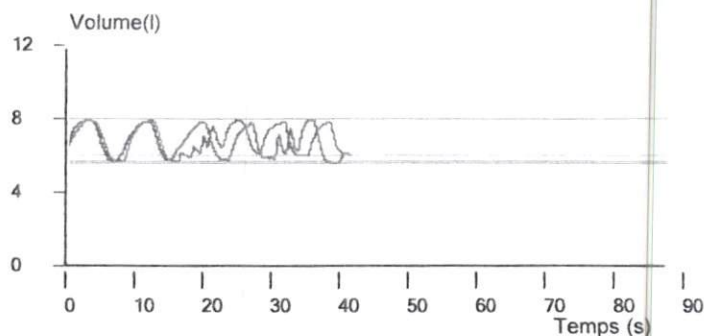
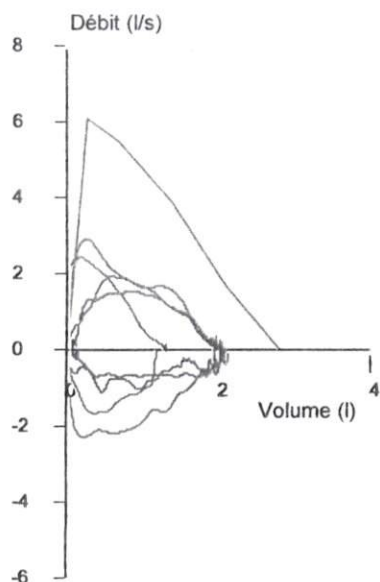
Nom : **Aicha EL HAYANY**

Taille: 153 cm Age: 41 Ans Date Naissance: 21/05/1980

ID: 1114

Poids: 83 kg Genre: Féminin BMI: 35,5 kg/m²

Medication: Post: Salbutamol



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	2,78	2,25	81	2,38	86	6	
CI	l	1,87	1,98	106	2,09	112	6	
VC	l		1,98		2,09		6	
VRE	l	1,04	0,27	26	0,13	13	-52	

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	2,42	1,58	65	1,74	72	10	
CVFex	l	2,82	2,22	79	2,05	73	-8	
VEMS/CVF	%	81	71		85		20	
DEP	l/s	6,08	1,93	32	2,92	48	51	
DEM25	l/s	1,69	1,04	62	1,28	75	23	
DEM50	l/s	3,88	1,68	43	1,64	42	-2	
DEM75	l/s	5,50	1,82	33	2,34	42	29	
DEM 25-75	l/s	3,44	1,54	45	1,73	50	12	

Commentaire:

Bonne coopération.

Trouble Ventilatoire Obstructif diffus, modéré à sévère, réversible sous béta2mimétiques.

Date: 01/09/2021

Température ambiante: 23 °C

Technicien:

Temps: 15:46

Pression ambiante: 999 hPa

Docteur MABCHOUR Rachid
Spécialiste des Maladies Respiratoires
et Allergiques
80, Bc Abdelhak Kadiri - 1er Etage
CP: 26100 - Berrechid
Gsm: 06 91 87 57 21