

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

Pharmacie :

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.

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 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



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 052770

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2352 Société : 905AA

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELCOUHEN HASSANE

Date de naissance : 12.02.53

Adresse : DIYNA EL KOUSSA N°2 RIZENNOUR

CHBA

Tél. : Total des frais engagés 2548,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ELCOUHEN HASSAN Age :

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

Nature de la maladie : BPC

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 : Le : / /

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
6/1/21			300	
23/10/21	VOIR FACTURE		562,40	
23/10/21				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE MINOSA Nouredine MOKHLIS R.R.322 Km6 Ben Meraïdj Monseur Ben Slimane Tel: 05 23 32 93 41	06/10/2021	562,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

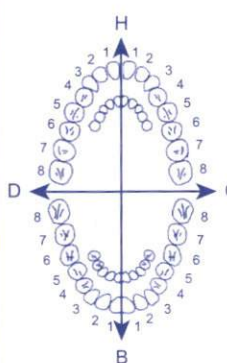
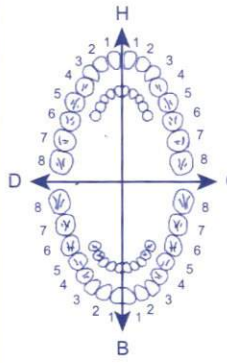
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canaux, 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</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 colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	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

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur ,
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقا
بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
شهادة A.E.S.A. (شهادة التدريب المتخصص
المعمق بمستشفى بوجون، باريس)
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

06.10.2021

Casablanca, le في الدار البيضاء,

Mr ELCOUHEN HASSAN

(843,00 x 2)
-ULTIBRO BREEZHALER 110UG/50UG



Faire 1 inhalation en inspiration bucc le matin, avant le repas, pendant 2 mois.

7686,00

PHARMACIE MINOSA
Noureddine MOKHLIS
R.R.322 Km6 Beni Mekraz Mansouria
Ben Slimane - Tél.: 05 23 32 93 41

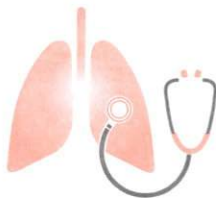
Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Pharmacologue Allergologue
16, Bd Abdelmoumen (Angle Bd Anoual),
Anoual Capital Center - 1er étage, N°5 - Casablanca -
Tél: (+212) 5 22 99 66 24



Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A. (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.L.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقا

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A. (شهادة التدريب المتخصص

المعمق بمستشفى بوجون باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأوكسجين في الدم

Casablanca, le 6 / 10 / 2012. في الدار البيضاء.

N° 2. Placotherm HANSEN.

Gaz du sang.

en air ambiant.

CLINIQUE VILLE VERTE ③
Casa Green - Casablanca
Boulevard de l'Indépendance
Tél: 0522 51 22 22 0667 57 57 57

P. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Phthisiologue Allergologue
16, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Anoual Capital Center - 1er Etage N° 5
Casablanca - Tél: (212) 522 99 66 24



Dr. Hagjane

Clivique

Billie Judd

Rob

CLINIQUE VILLE VERTE

EL S A N
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° 8 239 / 2021 du 23/10/2021

Nom patient	EL COUHEN HASSANE	Entrée 23/10/2021	Sortie 23/10/2021
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
GAZOMETRIE	1,00	GZ	400,00	400,00
			Sous-Total	400,00
PHARMACIE	1,00	PH	162,40	162,40
			Sous-Total	162,40
Total Frais Clinique				562,40

	Total général 562,40
Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENT SOIXANTE-DEUX DIRHAMS QUARANTE CENTIMES	

	Espèces				Total encaissé	Solde
Encaissements	562,40				562,40	0,00

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town, Villa Vert
Bouskoura - Casablanca
Tel: 0522 51 23 23 - 0667 57 57 57

ID système K16300310001
 Type rap. Ech. patient
 Type échant. Artériel
 Durée impr. 23-10-2021 10:46:04
 Heure test 23-10-2021 10:46:04
 Hôpital
 ID patient
 Lot cart. 02106328GAFR
 ID opérat. admin

Informations patient

ID échant. 20211023002
 Température 37.0 °C
 Date naiss.
 Sexe
 tHb g/dL
 FI02 0.21
 RQ
 MCHC g/dL
 Hb Type Adulte

gaz sang

pH 7.340
 pO2 49 mmHg
 pCO2 50.6 mmHg

oximétrie

Hct 47 %
 tHb(est),r 15.9 g/dL
 sO2(est),r 81 %

électrolyte

Na+ 137 mmol/L
 K+ 4.0 mmol/L
 Ca++ 1.04 mmol/L
 Cl- 107 mmol/L
 Ca++(7.4),r 1.01 mmol/L

métabolite

Glu 6.0 mmol/L
 Lac < 0.30 mmol/L

de temp.corrigée

ch ⁺ (T),r	45.7	nmol/L
pH(T),r	7.340	
pCO ₂ (T),r	50.6	mmHg
pO ₂ (T),r	49	mmHg
pO ₂ (A-a)(T),r	42	mmHg
pO ₂ (a/A)(T),r	0.54	
pO ₂ (T)/FI0 ₂ ,r	232	mmHg

Statut Acide-Base

ch ⁺ ,r	45.7	nmol/L
HCO ₃ -act,r	26.7	mmol/L
HCO ₃ -std,r	24.1	mmol/L
BE(ecf),r	0.9	mmol/L
BE(B),r	0.0	mmol/L
BB(B),r	48.4	mmol/L
ctCO ₂ ,r	28	mmol/L
pO ₂ (A-a),r	42	mmHg
pO ₂ (a/A),r	0.54	
RI,r	0.86	
pO ₂ /FI0 ₂ ,r	232	mmHg
mOsm,r	279.8	mOsm/L

Plages réf.

pH	[6.500-8.000]	
pO ₂	[10-700]	mmHg
pCO ₂	[10.0-150.0]	mmHg
Hct	[10-75]	%
Na ⁺	[100-180]	mmol/L
K ⁺	[2.0-9.0]	mmol/L
Ca ⁺⁺	[0.25-2.50]	mmol/L
Cl ⁻	[65-140]	mmol/L
Glu	[1.1-38.9]	mmol/L
Lac	[0.30-20.00]	mmol/L

Notes

,r valeurs calculées

< au-dessous gamme mesurée