

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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

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° M21- 0057077

Mle du conjoint 2009

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2048 Société : 90785

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MR. BENCHERIF Sidi Said

Date de naissance : 04-02-1952

Adresse :

Tél. : 0661453769 Total des frais engagés : #600# Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 3 / 11 / 21

Nom et prénom du malade : Bencharif Sidi Said Age : 69 ans

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

Nature de la maladie : Affection pulmonaire

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 : 09/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

03

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
3/11/21	CG			

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
	3/11/21	spiro-met	600

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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

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

Docteur Batoul BENKIRANE

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
Adultes et Enfants



الدكتورة الباتول بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
كبار وأطفال

Asthme - Allergies Respiratoires
Tuberculose - Sevrage tabagique
Ronflements et Apnées du Sommeil
Spirométrie - Echographie Thoracique
Bronchoscopie - Tests Cutanés

الضيق . الحساسية
السل . الإقلاع عن التدخين
الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم
فحص الوظيفة التنفسية . الفحص بالصدى
الفحص بالمنظار . إختبار الحساسية

Casablanca, le 31/11/21

Mr Bencherif sidi said

Facture de
Spirométrie: 600

DR. BATOUL BENKIRANE
Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
196 Avenue Mers Sultan
Casablanca - Tél.: 05 22 26 52 08

196 شارع مرس السلطان، إقامة الخنساء، الطابق 1، الشقة 13 - الدار البيضاء

196 Avenue Mers Sultan, Résidence Al Khansa, 1^{er} Etage, Appt.13 - Casablanca

Tél.: 05 22 26 52 08 / GSM : 06 61 08 84 46 - E-mail : dr.benkirane.batoul@gmail.com

Docteur Batoul BENKIRANE

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
Adultes et Enfants



الدكتورة الباتول بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
كبار وأطفال

Asthme - Allergies Respiratoires
Tuberculose - Sevrage tabagique
Ronflements et Apnées du Sommeil
Spirométrie - Echographie Thoracique
Bronchoscopie - Tests Cutanés

الضيق . الحساسية
السل . الإقلاع عن التدخين
الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم
فحص الوظيفة التنفسية . الفحص بالصدى
الفحص بالمنظار . إختبار الحساسية

Casablanca, le 23/11/21

Mr Benchouf Sidi Seïd

Spirométrie

Dr. BENKIRANE Batoul
Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
196 Avenue Mers Sultan
Casablanca - Tél.: 05 22 26 52 08

196 شارع مرس السلطان، إقامة الخنساء، الطابق 1، الشقة 13 . الدار البيضاء

196 Avenue Mers Sultan, Résidence Al Khansa, 1^{er} Etage, Appt.13 - Casablanca
Tél.: 05 22 26 52 08 / GSM : 06 61 08 84 46 - E-mail : dr.benkirane.batoul@gmail.com

Cabinet de Pneumologie Allergologie

Dr. Benkirane Batoul

196 Av. Mers Sultan, Résidence Al Khansa

Casablanca

Bencherif, Said

ID: 546336

Age: 69 (01/02/1952)

Sexe Masculin
Ethnicité Caucasien

Taille 174 cm
Poids 80 kg IMC 26,4

Votre VEMS/théorique: 100%

Votre âge pulmonaire: 69

CV et BDV

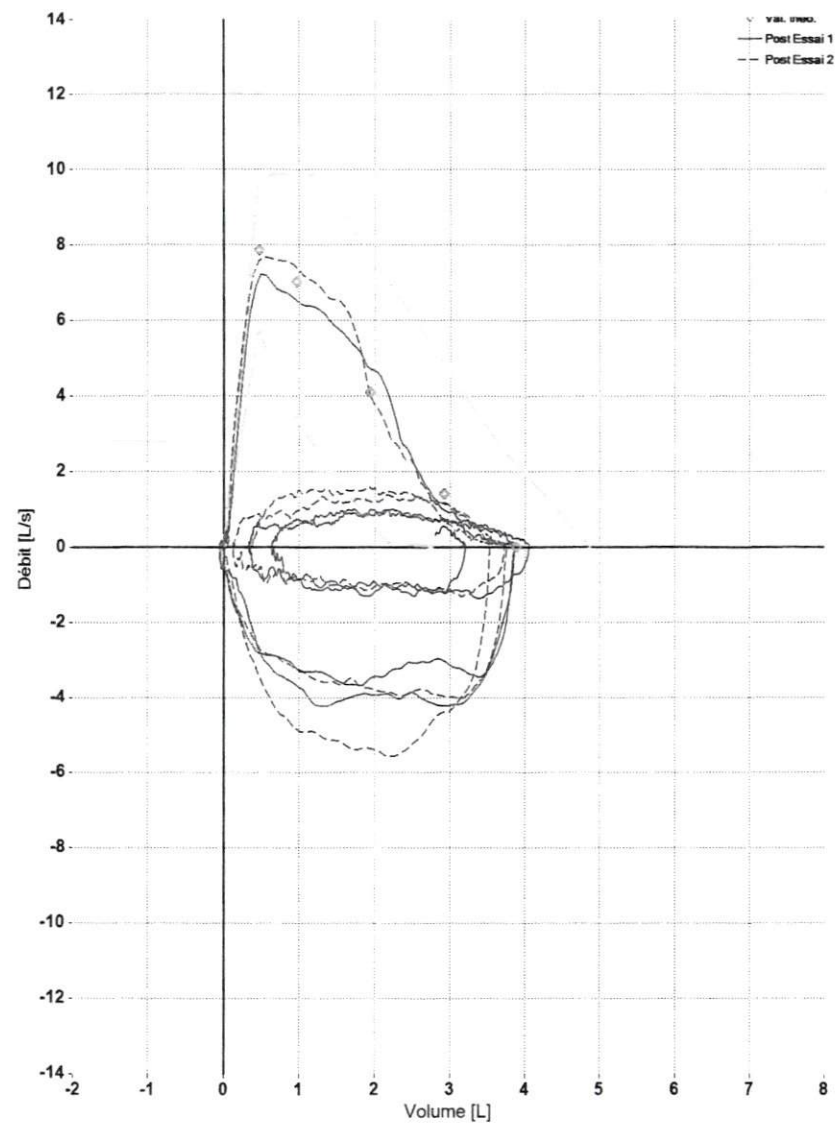
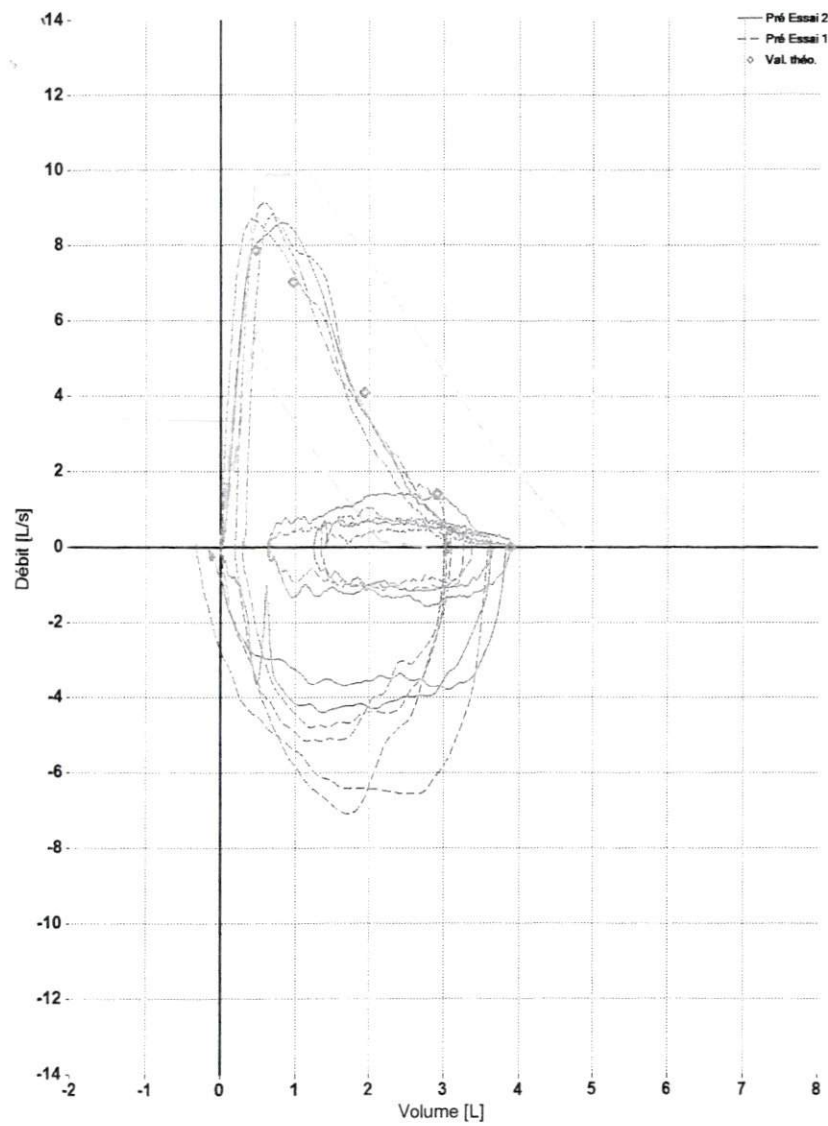
Date du test 03/11/2021 17:55:32
Heure post 03/11/2021 18:05:31

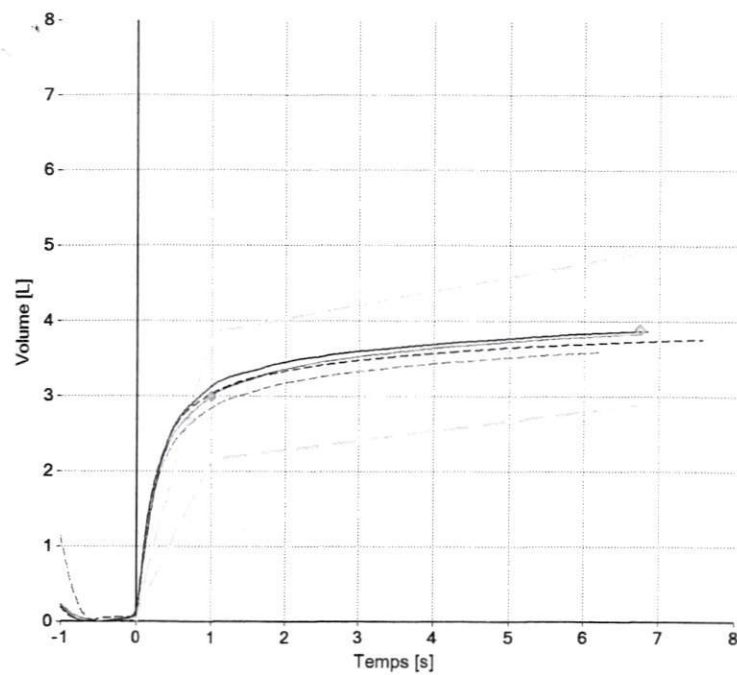
Interprétation Val. théo. GOLD(2008)/Hardie ERS/ECCS

Sélection de valeur BTPS (insp/exp) Meill. valeur 1,12/1,02

Paramètre	Pré						Post					
	Théo.	LIn	Meilleur	Essai 2	Essai 1	%Théo.	Meilleur	Essai 1	Essai 2	%Théo.	%chg	
CVF [L]	3,89	2,88	3,83	3,83	3,59	98	3,86	3,86	3,76	99	1	
VEMS [L]	2,99	2,15	2,99	2,99	2,83	100	3,12	3,12	3,02	104	4	
VEMS/CVF	0,747	0,629	0,781	0,781	0,789	104	0,808	0,808	0,805	108	3	
TEF [s]	-	-	6,7	6,7	6,2	-	6,8	6,8	7,6	-	2	
CVIF [L]	3,89	2,88	3,83	3,98	3,91	102	3,86	3,86	3,81	99	-3	
DIP [L/s]	-	-	6,57	3,80	6,57	-	4,03	3,69	4,03	-	-39	
DEF25% [L/s]	7,03	4,22	8,28	8,28	7,44	118	6,51	6,51	7,36	93	-21	
DEF50% [L/s]	4,10	1,93	3,66	3,66	3,46	89	4,71	4,71	4,29	115	29	
DEF75% [L/s]	1,41	0,12	0,83	0,83	0,87	59	0,98	0,98	0,95	70	18	
DEF25-75% [L/s]	3,11	1,40	2,61	2,61	2,60	84	3,19	3,19	3,25	103	22	
DEM25 [L/s]	1,41	0,12	0,83	0,83	0,87	59	0,98	0,98	0,95	70	18	
DEM50 [L/s]	4,10	1,93	3,66	3,66	3,46	89	4,71	4,71	4,29	115	29	
DEM75 [L/s]	7,03	4,22	8,28	8,28	7,44	118	6,51	6,51	7,36	93	-21	
DEP [L/min]	472	353	523	517	523	111	461	435	461	98	-12	
DEP [L/s]	7,87	5,88	8,71	8,62	8,71	111	7,68	7,25	7,68	98	-12	
DIP [L/min]	-	-	394	228	394	-	242	221	242	-	-39	

EC 2019 03 03 17:55:32
BTPS (insp/exp) 1,12/1,02
VEMS/théorique 100%
VEMS 3,12 L
CVF 3,86 L
DEP 7,68 L/s
DIP 2,42 L/min





Coopération : Bonne

Interprétation :

- Pas de trouble ventilatoire obstructif
- Pas d'obstruction bronchique périphérique
- Pas de profil restrictif
- Valeurs fonctionnelles normales