

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 (Int.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-654082

95097

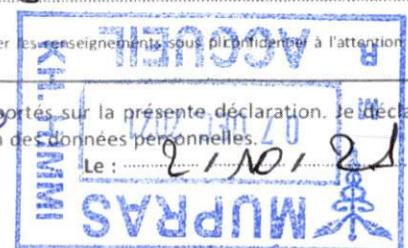
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	7912	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BARKAL ET YAHYA
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0671016281 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Dr. SAADI Rouscha Allergologue Rue Allal Ben Abdellah - Appart. 10 - Casablanca Téléphone : 05 22 20 45 45 (Int.)			
Date de consultation : 02/10/2013			
Nom et prénom du malade : BAKKAL YAHYA Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Allergie			
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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :



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
02/10/21	cs		2500 H	INP : 091022467
EFR	Dr. SAIDI BOUCHTA Permanence de l'Assurance maladie Immeuble EL KHALIA Souscription à la carte d'assurance maladie		6000 H	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE SOUZANE Groupe : 154 N° 23/25 EL Oulfa - Casablanca tél. : 05 22 89 09 63 00050024600001	02/10/21	297,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

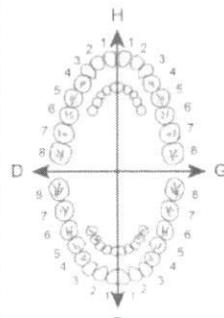
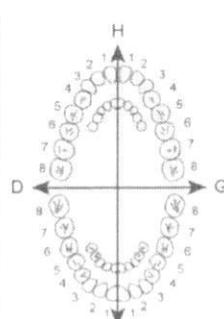
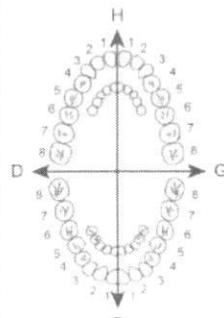
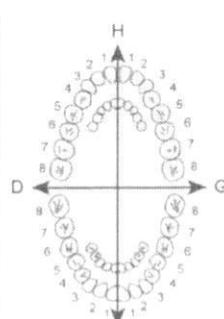
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	D	00000000 35533411	00000090 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	G			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
	B			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
			-	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. SAADI Bouchra

Spécialiste en Pédiatrie et en Allergologie
Bilans Allergologiques et explorations respiratoires
Ancienne Pédiatre au CHU Averroès et à l'hôpital Moulay Youssef



الدكتورة السعدي بشرى
إختصاصية في طب الطفل و الرضيع
وفي أمراض الحساسية
تحليلات الحساسية و التنفس
طبيبة سابقاً بقسم الأطفال بمستشفى
ابن رشد و مولاي يوسف

Casablanca, le 8 - 10 - 21

الدار البيضاء، في

Bakkal Yahya

297,00



Sykiat 200

Abnaffi 150

Dr. SAADI Bouchra
Pédiatre Allergologue
Immeuble résidence
Firdaous El Oulfa Casablanca

PHARMACIE SOUIANE
Groupement 154 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél.: 05 22 90 83 32
I.C.E.: 000500246000026

إقامة الفردوس زاوية شارع أم الريبع و شارع المركب الإداري . عمارة 5 شقة 10 الطابق الثاني - الدار البيضاء
Res. Al Firdaous Angle Bd.Oum Rabii et Bd. du complexe Administratif - Imm.5
App.10 2ème Etage - GH1A- El oulfa - Casablanca - Tél.:05 22 90 83 32

Dr. SAADI Bouchra

Spécialiste en Pédiatrie et en Allergologie

Bilans Allergologiques et explorations respiratoires

Ancienne Pédiatre au CHU Averroès et à l'hôpital Moulay Youssef



الدكتورة السعدي بشرى

اختصاصية في طب الطفل و الرضيع

وفي أمراض الحساسية

تحليلات الحساسية و التنفس

طبيبة سابقا بقسم الأطفال بمستشفى

ابن رشد و مولاي يوسف

Casablanca, le 16. 10. 21 الدار البيضاء، في

Bakhdoul yahia

Expiratoire fonctionnelle
respiratoire = 600 DH

Dr. SAADI Bouchra
Pédiatre Allergologue
Imm. 5 GH 1 App. 10 Résidence
El Firdaous El Oulfa Casablanca

اقامة الفردوس زاوية شارع أم الريبيع و شارع المركب الإداري - عمارة 5 شقة 10 الطابق الثاني GH1A - الألفة - الدار البيضاء
Res. Al Firdaous Angle Bd.Oum Rabii et Bd. du complexe Administratif - Imm.5
App.10 2ème Etage - GH1A- El oulfa - Casablanca - Tél.:05 22 90 83 32



**medical
equipment
europe**

DR NAJEH Khadija

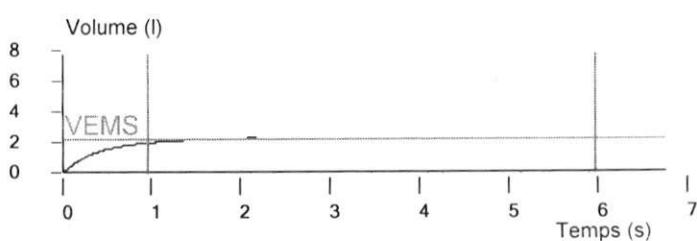
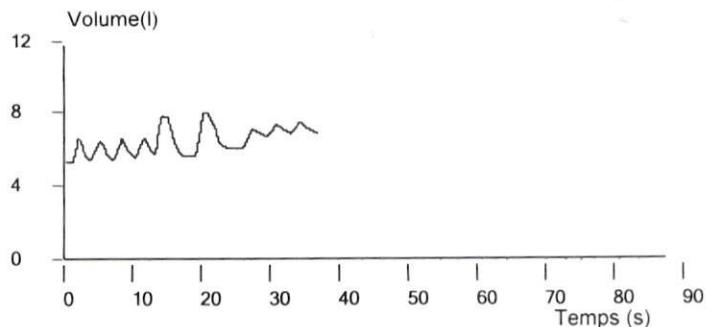
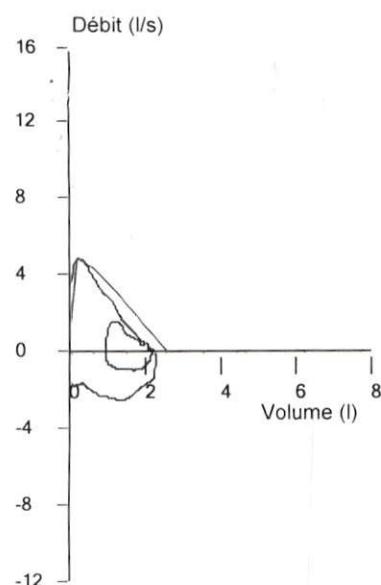
DR SAADI Bouchra

Res.AL Firdaous-imm.5 App.10 - 2ème Etage-GH1A-El oulfa
tél : 0522908332
En cas d'urgence : 0661206522/0661090531

Nom: **YAHIA BAKKAL**
ID: **2YAHBAK27102008**

Taille: 145 cm Age: 12 Ans Date Naissance: 27/10/2008
Poids: 68 kg Genre: Masculin BMI: 32,3 kg/m²

Medication:



Paramètre	Unité	Ref	Post	%Ref
CV	l	2,70	2,40	89
CI	l	1,77	2,23	126
VC	l	0,43	1,10	258
VRE	l	0,85	-0,02	

Paramètre	Unité	Ref	Post	%Ref
VEMS	l	2,21	2,01	91
CVFex	l	2,64	2,30	87
VEMS/CVF	%	86	87	
DEP	l/s	4,90	4,87	99
DEM25	l/s	1,58	1,17	74
DEM50	l/s	3,08	2,76	90
DEM75	l/s	4,36	4,33	99
DEM 25-75	l/s	2,71	2,30	85
tex	s		2,2	

Commentaire: COOPERATION MOYENNE
Trouble obstructif modéré intéressant les petites bronches reversibles sous b2 mimétiques

Dr. SAADI Bouchra
Pédiatre - Allergologue
imm. 5 GH1A - route 10 Royance
El firdaous - El Oued - Casablanca

Date: 05/06/2021 Temperature: 27 °C Technicien:
Temps: 00:04 Pressure: 1012 hPa
Humidity: 58 %