

# 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.

## 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- 065193

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03212

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : GHAYYA OURIAGHLI JAMAL - ELAN

Date de naissance : 19/08/1954

Adresse : TANGER

Tél. : 0622764300

Total des frais engagés : 1200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELHOUSSE BRISSI Med  
Pneumologue - Allergologue  
59, Bd Rahal El Meskini - Casablanca  
Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : GHAYYA OURIAGHLI JAMAL - ELAN

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection Respiratoire

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 : 08/10/22

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*



# 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
08/03/22			1200,-	 <b>Dr. BELHOUSSE DRISS</b> Pneumologue - Allergologue 59, Bd Sanaï El Mekini - Casablanca Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71

# 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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

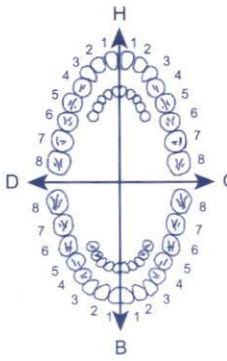
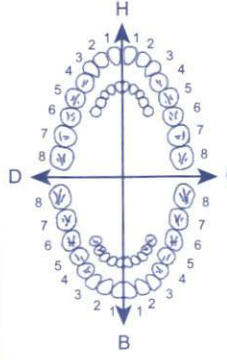
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<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 <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur BELHOUSINE DRISSI Mohammed

PNEUMOLOGUE-ALLERGOLOGUE

Diplômé de l'Université de GRENOBLE

Spécialiste des Maladies Respiratoires  
et des Allergies Respiratoires

Pléthysmographie - Bronchoscopie

Pathologie du Sommeil - Ronflement

الدكتور بلحسين إدريسي محمد

خريج جامعة كرونوبل بفرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

أمراض الرئة - الضيقة - داء السل

أمراض الحساسية - أمراض الشخير

Casablanca le : ..... : الدار البيضاء في :

08/03/2022

## Facture

MR GHYAYA OURIAGHLI JAMAL EDDINE

Acte	QTE	Honoraire
EFR PLETHYSMOGRAPHIE K40	1	1200.00 Dh
Total		1200.00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :  
mille deux cents dirham(s)

Dr. BELHOUSINE DRISSI Med  
Pneumologue - Allergologue  
59, Bd Rahal El Meskini - Casablanca  
Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71



DR BELHOUSSE DRISSI Mohammed  
PNEUMO ALLERGOLOGUE  
59.Bd RAHAL EL MESKINI.CASABLANCA  
TEL 05 22 44 83 70

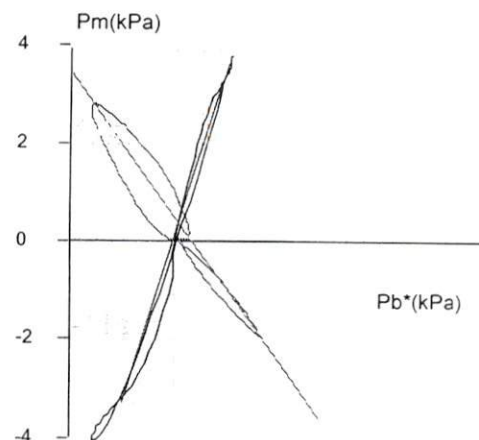
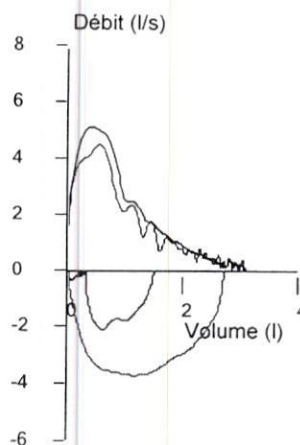
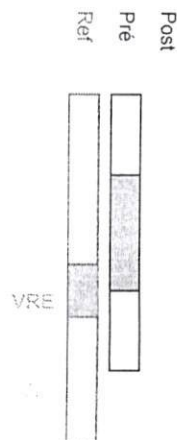
Nom : JAMAL EDDINE GHYAYA OURIAGHLI

Taille: 179 cm Age: 67 Ans Date Naissance: 19/08/19

ID: JAMGHY19081954

Poids: 89 kg Genre: Masculin BMI: 27,8 kg/m²

Medication: Post: Salbutamol



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	3,27	2,15	66	2,03	62	-6	
CVFex	l	4,23	3,14	74	3,13	74	0	
VEMS/CVF	%	75	68		65		-4	
DEP	l/s	8,26	5,10	62	4,52	55	-11	
DEM25	l/s	1,59	0,56	35	0,76	48	36	
DEM50	l/s	4,36	1,66	38	1,52	35	-8	
DEM75	l/s	7,36	4,61	63	3,76	51	-18	
DEM 25-75	l/s	3,29	1,39	42	1,15	35	-17	
tex	s		5,0		4,9		-2	
Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	4,39	4,07	93	3,13	71	-23	
CI	l	3,51	2,68	76	2,51	71	-6	
VC	l		0,00		2,76			
VRE	l	1,11	1,66	149	0,00		-100	
VGT	l	3,70	4,07	110				
VR	l	2,59	1,65	64				
CPT	l	7,22	5,73	79				
Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	ZScore			
RVA	kPa/(l/s)	0,20	0,35	173				
GAW	(l/s)/kPa	6,66	2,89	43				
sRAW	kPa*s	0,74	1,41	190				

Commentaire:

TROUBLE VENTILATOIRE MIXTE  
LA COMPOSANTE OBSTRUCTIVE EST DIFFUSE  
AMPUTATION DU VEMS DE 34% PAR RAPPORT A LA PREDITE  
AMPUTATION DE LA CPT DE 21% PAR RAPPORT A LA PREDITE  
PAS DE REVERSIBILITE SIGNIFICATIVE APRES TEST AUX B2 MIMETIQUES

Date: 08/03/2022

Température ambiante: 22 °C

Technicien :

Temps: 15:57

Pression ambiante: 1029 hPa

Humidité ambiante : 50 %

Dr. BELHOUSSE DRISSI Med  
Pneumologue - Allergologue  
59, Bd RAHAL EL MESKINI - Casablanca  
Tel: 0522 44 83 70 - 0522 44