

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Ang. Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben  
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.



## Déclaration de Maladie

N° W19-433933

109467

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12569

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELIQUINE ISMAIL

Date de naissance : 28/02/1987

Adresse :

Tél : 0661078501

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BELHOUSSE DRISSE 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 : ELIQUINE ISMAIL

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'a  
médecin conseil de la Mutuelle.

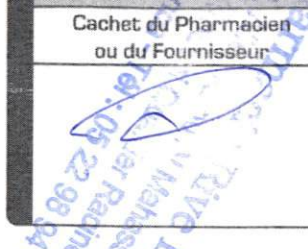
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 27/12/

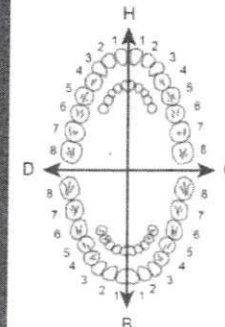
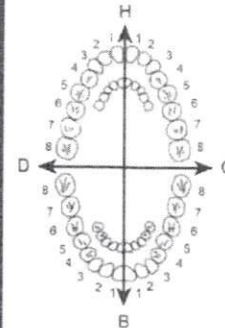
Signature de l'adhérent(e) :

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
27/12/21	EMK30	2	300	
			600	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/12/21	224,50

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
		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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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																			
	<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	(Création, remont, adjonction) 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"/>																		

CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Docteur BELHOUSINE DRISSI Mohammed**

**PNEUMO-ALLERGOLOGUE**

Diplômé de l'Université de GRENOBLE

Spécialiste des Maladies Respiratoires  
Asthme - Tuberculose - Allergies Respiratoires  
Spirométrie - Bronchoscopie  
Pathologie du Sommeil - Ronflement  
Sevrage Tabagique

59, Bd. RAHAL EL MESKINI - CASABLANCA

Tél.C : 05 22 44 83 70

05 22 44 83 71

GSM : 06 61 15 68 72

**الدكتور بلحسين إدريسي محمد**

**خريج جامعة كرونوبل بفرنسا**

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي  
أمراض الرئة - الضيقة - داء السل  
أمراض الحساسية - أمراض الشخير

59. شارع رجال المسكيني - الدار البيضاء

الهاتف ع : 05 22 44 83 70

05 22 44 83 71

الهاتف م : 06 61 15 68 72

27/12/2021

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

**MR IFRIQUINE ISMAIL**

• **AXAIR 250**

1 bouffée matin midi et soir 10 puis 1 bouffée matin et soir . se  
rincer la bouche après .

• **Prazol 20 mg**

1 gélule avant le repas GM



Handwritten notes: 1717, 5280, and a signature.

Handwritten number: 224,50

Pharmacie 100% Marocaine  
Al Attouf - Tél: 05 22 30 94 65  
Casablanca - Tél: 05 22 30 94 65

Dr. BELHOUSINE DRISSI Mohammed  
Pneumologue - Allergologue  
59, Bd Rahal El Meskini - Casablanca  
Tél: 05 22 44 83 70 - 05 22 44 83 71  
mbelhoussinedrissi@gmail.com

**Prazol<sup>®</sup> 20<sub>mg</sub>**  
Oméprazole



PPV: 52DH80  
PER: 03/24  
LOT: K2832-2



**14**  
gélules

Voie orale

**b**

bottu<sup>®</sup>

St. Alfo del Casarria - Ain Sebba - Casablanca  
S. Bapoch - Pharmacien Responsable

Microgranules gastrorésistants

PPV: 171,70 DH  
LOT: 21A292  
EXP: 01/2023

**AXAIR 250<sub>mcg</sub>**  
Propionate de Fluticasone

Poudre pour inhalation en gélules  
**60 gélules**

Voie inhalée  
Avec Inhalateur



**250 mcg**  
Propionate de Fluticasone  
Poudre pour inhalation en gélules

Docteur BELHOSSINE 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 : 27.12.2021 : الدار البيضاء في :

Dr. ELFRIDUINE ISMAIL

Note d'honneur

ELFR K30.

Dr. ELFR K30.

Dr. BELHOSSINE DRISSI Med  
Pneumologue - Allergologue  
59, Bd. RAHAL EL MESKINI - Casablanca  
Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71

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

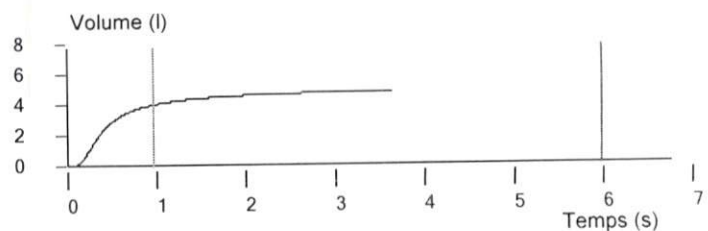
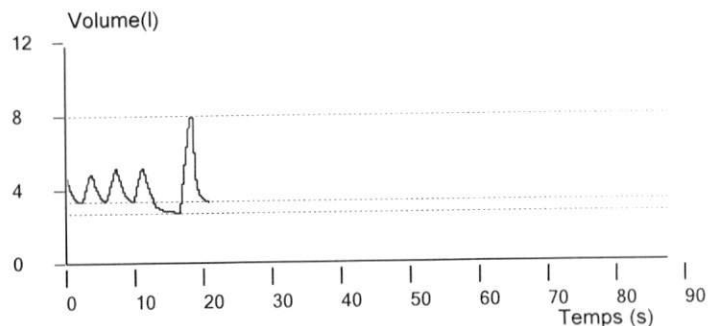
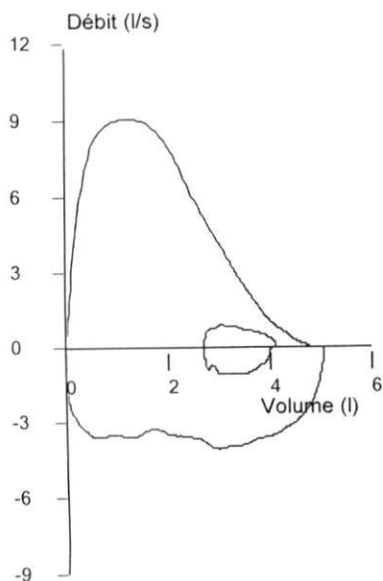
Nom : **ISMAIL IFRIQUINE**

Taille: 187 cm Age: 34 Ans Date Naissance: 28/02/198

Poids: 106 kg Genre: Masculin BMI: 30,3 kg/m²

ID: **ISMIFR28021987**

Medication:



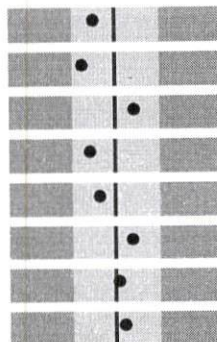
Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref
CV	l	5,81	5,17	89
CI	l	4,26	4,41	103
VC	l		1,75	
VRE	l	1,62	0,57	35

ZScore



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref
VEMS	l	4,57	4,18	91
CVFex	l	5,55	4,82	87
VEMS/CVF	%	81	87	
DEP	l/s	10,17	9,07	89
DEM25	l/s	2,66	2,27	85
DEM50	l/s	5,68	6,59	116
DEM75	l/s	8,75	9,07	104
DEM 25-75	l/s	4,87	5,30	109
tex	s		4,0	

ZScore



Commentaire:

ABSENCE DE TROUBLE VENTILATOIRE OBSTRUCTIF SIGNIFICATIVEMENT PATHOLOGIQUE

Date: 27/12/2021

Temps: 17:37

Température ambiante:

Pression ambiante:

Humidité ambiante :

22 °C

1022 hPa

50 %

Technicien

Dr. BELHOUSINE DRISSI Mohammed  
 Pneumologue - Allergologue  
 59, Bd Rahal El Meskini, Casablanca  
 Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71  
 mbelhoussine@gmail.com