

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

- Reclamation : 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° W21-607934

117186

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 69392

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : GUETTAR KHALID

Date de naissance : 15-04-1970

Adresse : ABOU AB Tamar, Imt 01, APP 03

Tél. : 0662 78 5461

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohamed BENSLIMANE
Spécialistes des Maladies Respiratoires
355, Bd Zerkouni - Bourgogne
Casablanca - tél: 0522.47.38.85

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/5/22

Nom et prénom du malade : GUETTAR KHALID

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : BCL + RCT

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 : 21 / 05 / 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 |
| 21/12/22 | G | | 300,- | INP : 09100188 D. Mohamed BENSILMANE Spécialistes des Maladies Respiratoires - Bourgoigne 355, Bd Zerkouni - Casablanca - tel: 0522.47.58.85 |
| | ERK K2 | | 500,- | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|--|---------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| PHARMACIE LATIF Rte d'Azemmour, Commune Dar Bouazza G.H. Mussakine, Equipement 48, N° 1 CASABLANCA - Tél: 0522.96.15.98 | 21/5/22 | 959,90 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |

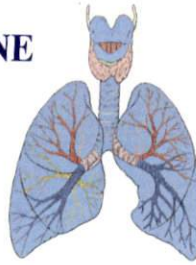
| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |

| 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 canaux, 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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></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 | G | | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |

Dr. Mohamed BENSLIMANE

Spécialiste des Maladies Respiratoires
Diplômé de la Faculté de Médecine
de TOULOUSE

Asthme, Tuberculose, Allergies respiratoires,
Endoscopie, Spirométrie



الدكتور محمد بن سليمان

إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

خريج كلية الطب بتولوز

الضيقة، السل، الحساسية

Casablanca, le

21/5/22

الدار البيضاء، في :

GUETAR, KHALID

Bivane

69,00 x2 14/15 x2

Bon chloral

31,20

NAUREL

40,60

NAZARIN

75,00 x3

Symbicort

297,00

99,00 x2

RELAXION

959,00

PHARMACIE LATIFA
Rte d'Azenmou, Commune Dir Bouazza
G.H. Azzenmou, Equipement 4B, N° 1
CASABLANCA
Tél: 0522 96 14 98

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir benou al ouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

2006 µg Pde p urth
Flacon de 120 doses
104/14 DMP/21A/RQ P.P.V: 297,00 DH
6 118001 020706

Dr. Mohamed BENSLIMANE
Spécialiste des Maladies Respiratoires
355, Bd Zerkouni - Bourgoine
Casablanca - tel: 0522 47 38 85

BRONCHATHIOL®
Carbocistéine 5%

31, 80

PPV 310H20
PER 01/2023
L1 256

ADULTE

AXANT
LOT: 220039
DLUO: 01/2025
99,00DH

AXANT
LOT: 210656
DLUO: 12/2024
99,00DH

LOT : 5748
UT. AV : 12-24
P.P.V : 74 DH 90

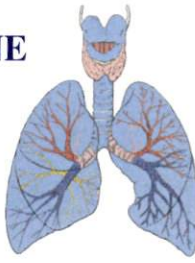
LOT: GA10454
PER: 08/2023
PPV: 75 DH 00
Cipla
Etiquette

LOT: GA10454
PER: 08/2023
PPV: 75 DH 00
Cipla
Etiquette

LOT: GA10454
PER: 08/2023
PPV: 75 DH 00
Cipla
Etiquette

Dr. Mohamed BENSLIMANE

Spécialiste des Maladies Respiratoires
Diplômé de la Faculté de Médecine
de TOULOUSE
Asthme, Tuberculose, Allergies respiratoires,
Endoscopie, Spirométrie



الدكتور محمد بن سليمان

إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
خريج كلية الطب بتولوز
الضيق، السيل، الحساسية

Casablanca, le

2015/22

الدار البيضاء، في :

GUETTAR KHA Lid

note d'hospitalisation

Consulte

300,-

Examen

500,-

Examen

800,-

Dr. Mohamed BENSLIMANE
Spécialistes des Maladies Respiratoires
355, Bd Zerkouni - Bourgogne
Casablanca - tel: 0522.47.38.85

Dr Mohamed BENSLIMANE

Spécialiste des Maladies Respiratoires

EXPLORATION FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE

355 , BD Zerktouni 4ème étage app 7 - tél : 05 22 47 38 85

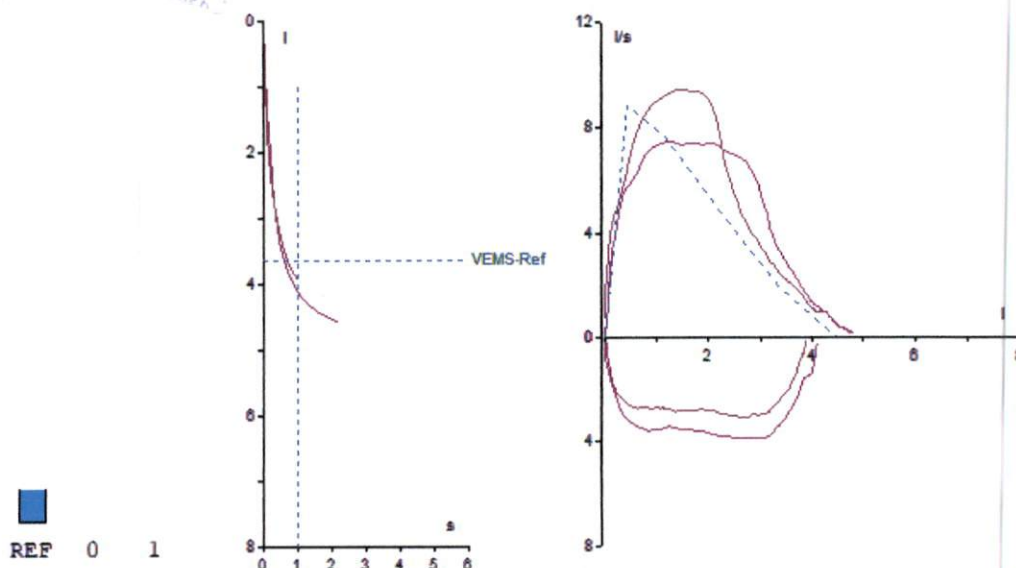
Guettar, Khalid

ID-Nr: GueKha150470

178 cm, 100 kg,

Remarques:

mesuré le 21.05.2022 à 11:27 h

Spirométrie, Courbes Débit/Volume Pré-Post**Paramètres statiques**

| Heure | | 11:08 | | 11:27 | | |
|------------|-------|--------|------------|-------------|----------|--|
| Médicament | | | | ventoline | | |
| | | | | 0.01 mg/ml | | |
| Paramètre | Unité | Théor. | Pré %Théor | Post %Théor | Post%Pré | |
| CV | l | 4.75 | 4.92 104 | 4.77 100 | -3 | |
| VRE | l | 1.30 | -0.14 -10 | 0.04 3 | -133 | |
| VRl | l | | 0.57 | 0.53 | -8 | |
| VC | l | | 4.35 | 4.20 | -3 | |
| Cl | l | 3.59 | 4.92 137 | 4.73 132 | -4 | |

Paramètres dynamiques

| | | | | | | |
|----------|-----|------|----------|----------|-----|--|
| CVF | l | 4.56 | 4.79 105 | 4.17 92 | -13 | |
| VEMS | l | 3.66 | 4.27 117 | 4.15 114 | -3 | |
| VEMS/CV | % | 78 | 87 111 | 87 112 | 0 | |
| VEMS/CVF | % | 78 | 89 115 | 99 128 | 12 | |
| DEP | l/s | 8.84 | 7.48 85 | 9.43 107 | 26 | |
| DEM75 | l/s | 7.74 | 7.45 96 | 9.08 117 | 22 | |
| DEM50 | l/s | 4.78 | 7.05 147 | 8.68 182 | 23 | |
| DEM25 | l/s | 1.95 | 2.69 138 | 3.16 162 | 17 | |
| | l/s | 3.92 | 5.77 147 | 6.37 163 | 11 | |