

## 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

- Réclamation : 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-641227

117874

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : \_\_\_\_\_

Matricule : 5036 Société : RAY

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BAJI ABDELLATIF

Date de naissance : 27/09/64

Adresse : HAY EL BATH 3 Rue 25 N°8 CAG

Tél. : 0661415007 Total des frais engagés : \_\_\_\_\_ Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/04/2022

Nom et prénom du malade : Bouhra Sadok Age : 47 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : \_\_\_\_\_ Le : 06/04/2022

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_

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
06/04/2022		02	250.000	INPE.091205476

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 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'O.D.F.																
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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	[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												



Asthme - Allergie  
Tests cutanés  
Pathologies liées au tabac  
Arrêt du tabac  
Tuberculose  
Spirométrie - Bronchoscopie  
Pathologie du sommeil  
Pathologies professionnelles

الربو (الضيق)، الحساسية  
إختبار الحساسية  
أمراض التدخين  
الاقلاع عن التدخين  
مرض السل  
فحص وظائف الرئة، الفحص بالمنظار  
أمراض النوم  
الامراض المهنية

## Ordonnance

Casablanca Le 06/04/2022

Nom : Mme Sedate Bouchna

### Note d'honoraires N° :

Actes	Honoraires
Spirométrie	500DH
⊕ } <u>consultation</u>	<u>250DH</u>
<del>Tests cutanés allergologiques</del>	
<u>Total</u>	<u>750DH</u>

Dr FATIMA ZAHRA MAHBOUB  
Pneumophtisiologue / Allergologue  
212, 1er étage, Hay My Abdellah  
Bd Temara, Ain Chock - Casablanca  
0522 50 65 48 / Gsm: 0665 24 04 38



**Dr. Mahboub Fatima Zahra**  
Pneumo-physiologue | allergologue



Asthme - Allergie  
Tests cutanés  
Pathologies liées au tabac  
Arrêt du tabac  
Tuberculose  
Spirométrie - Bronchoscopie  
Pathologie du sommeil  
Pathologies professionnelles

**الدكتورة محبوب فاطمة الزهراء**  
إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

الربو (الضيق)، الحساسية  
إختبار الحساسية  
أمراض التدخين  
الاقلاع عن التدخين  
مرض السل  
فحص وظائف الرئة، الفحص بالمنظار  
أمراض النوم  
الأمراض المهنية

→ at 14/04/2022

→ as 06/05/2022

+TC Ordonnance

Casablanca Le : 06/04/2022

Nom: Sadaf bukhra =

① Pomac 300 mg q =  
1 q / s

② Docinox sup  
1 cas x 3 / s (06 s)

Dr FATIMA ZAHRA MAHBOUB  
Pneumophisiologue / Allergologue  
212, 1<sup>er</sup> étage  
Bd Temara, Hay Moulay Abdellah  
Tél: 0522 50 65 48 / 0665 24 04 38

# Cabinet de Pneumo-Allergologie

Dr Mahboub FZ

Patient : Sadak Bouchra

ID: 120/2021

Age: 47 ans.

Sexe Féminin  
Ethnicité Caucasien

Taille 164 cm  
Poids 81kg IMC 30,1

## CV et BDV

Votre VEMS/théorique: 104%

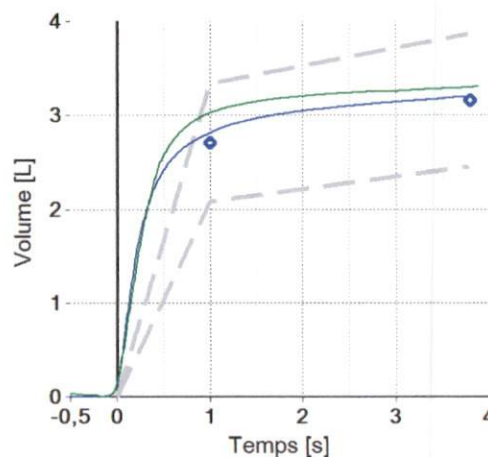
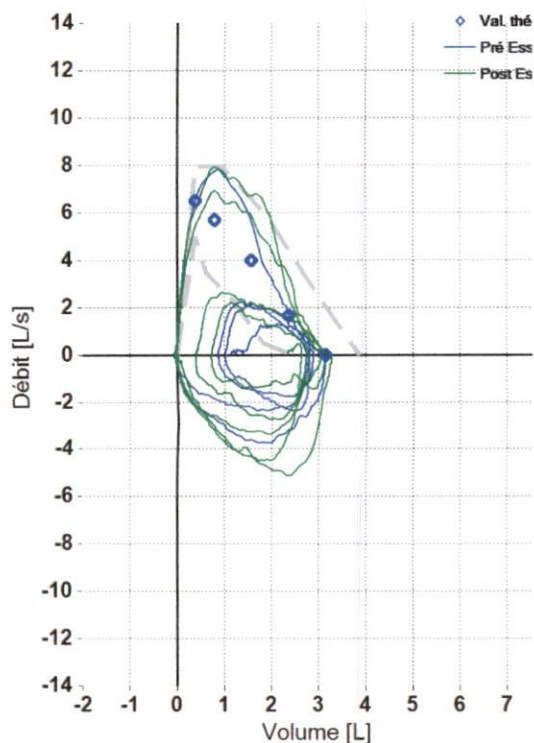
Date du test  
Heure post

Interprétation  
Val. théo.

GOLD(2008)/Hardie  
ERS/ECCS

Sélection de valeur Meill. valeur  
BTPS (insp/exp) 1,10/1,02

Paramètre	Pré				Post				%chg
	Théo.	Lin	Meilleur	Essai 1	%Théo.	Meilleur	Essai 1	%Théo.	
CVF [L]	3,15	2,45	3,19	3,19	101	3,29	3,29	104	3
VEMS [L]	2,70	2,08	2,80	2,80	104	3,02	3,02	112	8
VEMS/CVF [%]	80,1	69,3	87,9	87,9	110	91,6	91,6	114	4
DEF25-75% [L/s]	3,37	1,97	4,11	4,11	122	4,90	4,90	145	19
DEP [L/s]	6,50	5,02	7,84	7,84	121	6,97	6,97	107	-11
TEF [s]	-	-	3,8	3,8	-	3,9	3,9	-	3
CVIF [L]	3,15	2,45	3,20	3,20	101	3,31	3,31	105	3
DIP [L/s]	-	-	3,77	3,77	-	5,17	5,17	-	37



## Commentaire :

Bonne coopération.  
Valeurs fonctionnelles dans la limite de la normale.

Dr FATIMA ZAHRA MAHBOUB  
Pneumophtisiologue / allergologue  
212, 1er étage, Hay My Abdellah  
Bd Temara, Casablanca  
Tél: 0522 506 548 / Gsm: 0665 240 438