

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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 l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Déclaration de Maladie

N° W21-641227

117874



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 5036	Société : RAY.		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BAJI ABDELLATIF			
Date de naissance : 27/09/64			
Adresse : 15AY EL FATH 3 Rue 25 N° 8 CASA			
Tél. : 0661415007	Total des frais engagés : Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
<div style="text-align: center;">  BAJI ZAHIA MOHAMED Bd Tensara, 15000 Casablanca tel: 0522 506 888 </div>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 06/04/2022			
Nom et prénom du malade : Bouchra Sada K Age: 47 ans			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie :			
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 : 06 JUIN 2022 Le : 06 JUIN 2022
 Signature de l'adhérent(e) : 



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
06/04/2021	CS	250.00	Spécialiste : 500.00	INPE.091205176 DI FATIMA ZAHRA MAHBOUB Pneumophtisiologue Allergiste 212, 1 ^{er} étage, 1 ^{er} Mvah

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODE.

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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td></td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></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"><hr/></td></tr> <tr><td>B</td><td></td></tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
<hr/>																							
D	G																						
00000000	00000000																						
35533411	11433553																						
<hr/>																							
B																							
				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'EFFECTUATION



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

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

Ordonnance

Dr FATIMA ZAHRA
Pneumophysiologist / Allergologist
212, 1st floor, Hay My Abdellah
Bd Temara, Ain Chock - Casablanca
0522 506 548 / GSM: 0665 240 438
Casablanca Le: 06/04/2022

Nom : Mme Sadek Bouchra

Note d'honoraires N° :

Actes	Honoraires
Spirométrie (+)	500DH
consultation Tests cutanés allergologiques	250 DH
<u>Total</u>	750DH

Dr FATIMA ZAHRA MAHBOUB
Pneumophysiologist / allergologue
212, 1er étage, Hay My Abdellah
Bd Temara, Ain Chock - Casablanca
0522 506 548 / GSM: 0665 240 438

Dr. Mahboub Fatima Zahra
Pneumo-phtisiologue | allergologue



الدكتورة محبوب فاطمة الزهراء
اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى والحساسية

Asthme - Allergie

Tests cutanés

Pathologies liées au tabac

Arrêt du tabac

Tuberculose

Spirométrie - Bronchoscopie

Pathologie du sommeil

Pathologies professionnelles

→ dt → 14/04/2022

→ O → 06/10/2022
 Ordonnance
+TC

Casablanca Le : ... 06/10/2022,

Nom: Sadak buchra =

① Romac 300 mg qd =
 ٢ ق / ٥

② Dolimax 800 mg =

٢ ق / ٣ (٥٦) .

Dr FATHIMA ZAHRA MAHBBOUB
 Pneumophtisiologue Allergologue
 212, 1^{er} étage, Hay Moulay Abdellah
 Bd Temara, Casablanca
 Tel: 0665 24 04 38, 0522 50 65 48
 Fax: 0665 24 04 38
 E-mail: fz.mahboub@gmail.com | Site web: docteur-fz-mahboub.com | Facebook: fb.me/docteur.fz

Cabinet de Pneumo-Allergologie

Dr Mahboub FZ

Patient : Sadak Bouchra

ID: 120/2021

Age: 47 ans.

Sexe

Féminin

Taille

164 cm

Ethnicité

Caucasien

Poids

81kg IMC 30,1

CV et BDV

Date du test

06/04/2021

Heure post

Interprétation

Val. théo.

Votre VEMS/théorique: 104%

GOLD(2008)/Hardie

Sélection de valeur

ERS/ECCS

Meill. valeur

BTPS (insp/exp)

1,10/1,02

Paramètre

Théo.

Lm

Meilleur

Essai 1

%Théo.

Meilleur

Essai 1

%Théo.

%chg

CVF [L]

3,15

2,45

3,19

101

3,29

3,29

104

3

VEMS [L]

2,70

2,08

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

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

101

3,31

3,31

105

3

DIP [L/s]

-

-

3,77

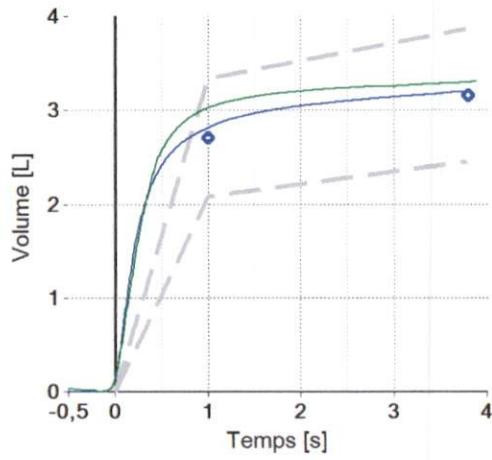
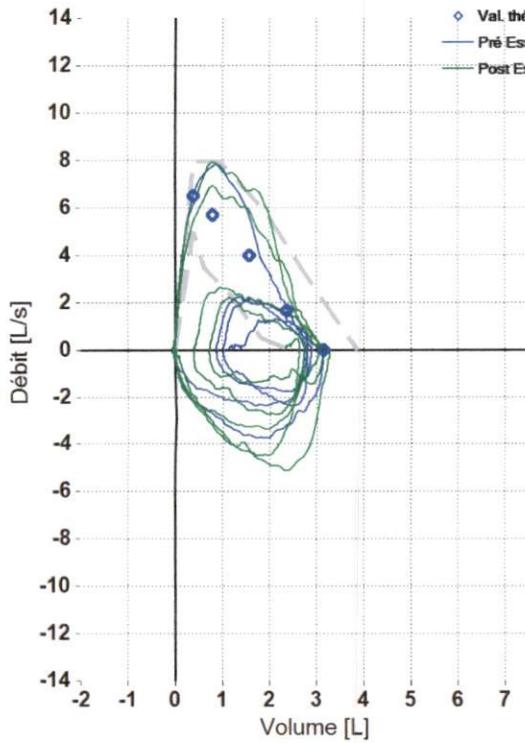
-

5,17

5,17

-

37



Commentaire :

Bonne coopération.

Valeurs fonctionnelles dans la limite de la normale.

Dr FATIMA LAHRA MAHBOUB
Pneumophtisiologue / allergologue
212, 1er étage, Jdy My Abdellah
Bd Temara, Ain Chock - Casablanca
Tél: 0522 506 548 / Gsm: 0655 240 438