

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 canalaire, 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 canalaire.

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

118559

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014997

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 16.88

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HARIBE Ahmed

Date de naissance : 10-03-1950

Adresse :

Tél. : 0662.37.21.17 Total des frais engagés : 5440,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Dr. HARIBE Ahmed Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Anticoronar

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

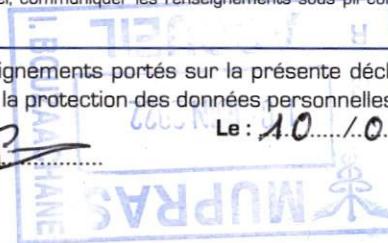
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Casa

Le : 10/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : Dr. Haribé Ahmed



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
01/04/22	CS		3000,00	
01/04/2022	Examen		2000,00	1200,00

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE D'EXEMBOUT Lamia KANDRE 24, Lot. Yasmina les Cèdres Casablanca - Tel: 0522 85 55 55	11/4/2022	3740,40

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
				<

الدكتور رشيد الخطاط
اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية
البالغين - الأطفال

Casablanca le : 01/04/2022

Note d'honoraire

MR HARIBE AHMED

Acte	QTE	Honoraire
Consultation	1	300,00 Dh
EFR PLETHYSMOGRAPHIE K40	1	1 200,00 Dh
Radiologie thoracique Z12	1	200,00 Dh
Total		1 700,00 Dh

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

Dr Rachid EL KHETTAR
Pneumologue
175, Rue Boukraa Casablanca
Tél: 0622 49 23 75 - 0675 35 24 35
E-mail : pneumorek@gmail.com

Résidence Houssam Jassim

175, Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3 ème Etage - Casablanca

Tél: 0622 49 23 75 - 0675 35 24 35
<https://192.168.1.25/pratisoft/v/9362-22660/préscription/list>
 E-mail : pneumorek@gmail.com

Docteur Rachid EL KHETTAR

Pneumologue Allergologue

Casablanca, le01/04/2022

COMPTE RENDU

Mr HARIBE AHMED

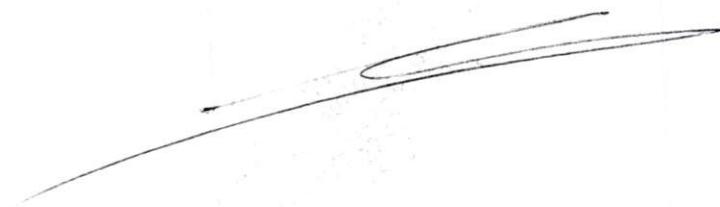
Cœur de volume normal

Culs de sac libres

Champs pulmonaire libre

AU TOTAL

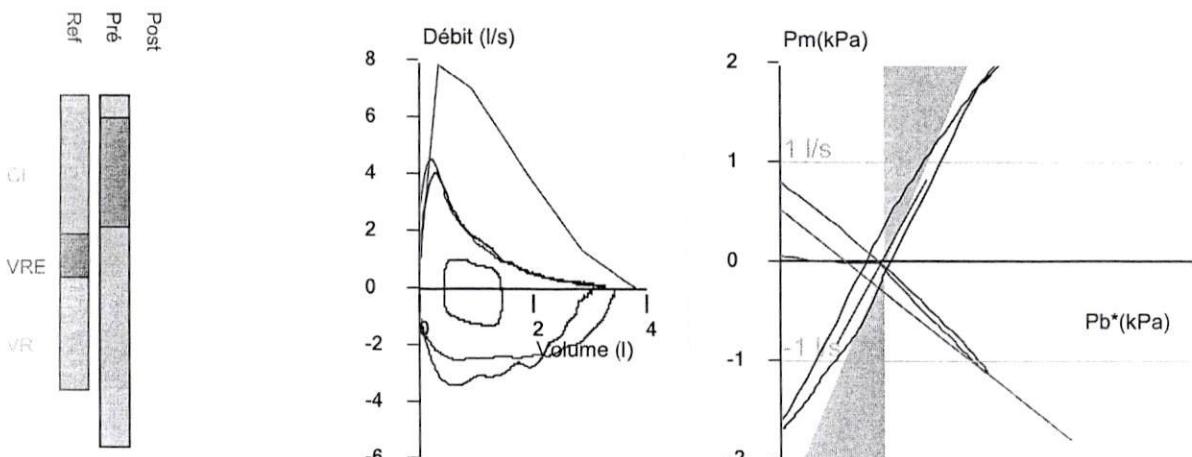
Cliché pulmonaire normal.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "RACHID EL KHETTAR", is positioned at the bottom of the page. The signature is written in a cursive style with a long, sweeping line for the last name.

Cabinet Dr EL Khttar Rachid

Pneumologie allergologie somnologie
175 rue boukraa Casablanca bourgogne
Tel: 0522492375 0675652435

Nom : **Ahmed Haribe** Taille: 175 cm Age: 72 Ans Date Naissance: 10/03/1950
ID: **AhmHar10031950** Poids: 59 kg Genre: Masculin BMI: 19,3 kg/m²
Medication: Post: Salbutamol



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	2,95	1,76	60	1,74	59	-1	● ●
CVFex	l	3,87	3,10	80	3,32	86	7	● ●
VEMS/CVF	%	74	57		52		-9	● ●
DEP	l/s	7,80	4,05	52	4,53	58	12	● ●
DEM25	l/s	1,36	0,40	29	0,28	21	-30	● ●
DEM50	l/s	4,05	0,95	23	0,91	22	-4	● ●
DEM75	l/s	7,00	2,29	33	2,11	30	-8	● ●
DEM 25-75	l/s	3,00	0,85	28	0,70	23	-18	● ●
tex	s		5,8		8,0		38	
Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	4,01	3,10	77	3,50	87	13	● ●
CI	l	3,24	1,66	51	2,37	73	43	
VC	l		0,75		2,94		292	
VRE	l	1,01	0,79	79	0,48	48	-39	
VGT	l	3,65	7,72	211				●
CPT	l	6,90	8,24	119				●
VR	l	2,65	5,15	195				●
Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	ZScore			
RVA	kPa/(l/s)	0,20	0,40	198				●
GAW	(l/s)/kPa	6,66	2,53	38				●
sRAW	kPa*s	0,73	3,05	417				●

Commentaire:

*Très bonne réévaluation ob. Salbutamol avec
hyperventilation au CO₂ 80%.*

Date: 01/04/2022 Température ambiante: 21 °C Technicien:
Temps: 16:16 Pression ambiante: 1016 hPa
Humidité ambiante : 52 %