

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° P19- 066807

123329

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 428 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BABA Mohamed
 Date de naissance : 15/11/44
 Adresse : Hay Oulfa Rue 12 N° 6 Casablanca
 Tél : 06 76 55 85 66 Total des frais engagés : 2484,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Dr. LAABOUDI Latifa
 Pneumologue
 98, Rue Abou Salr Al Andaloussi
 Casablanca - Tél: 0522 25 25 29
 UCE: 002910900567
 Date de consultation : 19/07/2002
 Nom et prénom du malade : M^r BABA Mohamed Age :
 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'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 : / /

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
19/7/22	C-8		250 Dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	19/27/22	2234,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

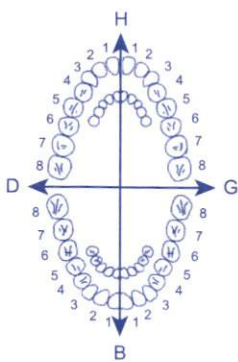
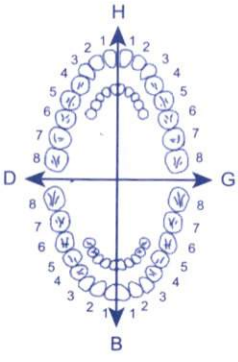
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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														
				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>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">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet de Pneumologie

عيادة أمراض الجهاز التنفسي

Docteur Latifa LAABOUDI - EL BAKKALI

Diplômée de la Faculté de Paris

Ancien Chef de service Phthisiologie 20 Août

Ancien responsable du programme de

Lutte Antituberculeuse et Maladies

Respiratoires à Casa-Anfa

Tuberculose - Asthme - Allergies Respiratoires

Spirométrie - Bronchoscopie



الدكتورة لطيفة العبودي - البقالي

خريجة كلية الطب بباريس

رئيسة قسم أمراض السل بمستشفى

20 غشت سابقا

مسؤولة على برنامج محاربة داء السلي

و أمراض الجهاز التنفسي بعمالة أنفا سابقا

السل - الضيقة - الحساسية - الفحص بالمنظار

Casablanca, le 19/7/2019 في الدار البيضاء،

Mr BABA

Mr Mohamed

1) Spirino 600 1/2
22,00 x 3

2) Sebleu 250 3/4
18,00 x 3

3) Omiz 20 1/2
22,00 x 1

4) Kezeler
50,00 x 1

5) do 20 3/4
22,00 x 3

PHARMACIE AL OUD
S. CHALAN
Docteur en Pharmacie
55, Av. Oued Sebou - El Oud
Tél / Fax : 05 22 25 25 29
CASABLANCA
ICE : 00154146800067

Dr. LAABOUDI Latifa
Pneumologue
98, Rue Abou Salt Al Andaloussi
Casablanca - Tél: 0522 25 25 29
ICE: 002191091000067

latifaa

98, Rue Abou

98, Rue Abou الصلطان الأندلسي، المعاريف - بقرب مقاطعة المعاريف - الهاتف : 05 22 25 25 29 - E-mail : latifaa@yahoo.fr
00219 1091000067 - CNSS : 7173579

6 118001 040216
SPIRIVA 18 µg
(Tiotropium)
Poudre pour inhalation
30 gélules + Inhalateur Handihaler
BOTTU S.A.

58696-04

PPV : 522 DH 00

2250

99326851

PPV: 50 DH 00

6 118001 040216
SPIRIVA 18 µg
(Tiotropium)
Poudre pour inhalation
30 gélules + Inhalateur Handihaler
BOTTU S.A.

58696-04

PPV : 522 DH 00

40,70

6 118001 040216
SPIRIVA 18 µg
(Tiotropium)
Poudre pour inhalation
30 gélules + Inhalateur Handihaler
BOTTU S.A.

58696-04

PPV : 522 DH 00

LOT: GB20165
PER: 12/2023
PPV: 185 DH 00

LOT: GB11199
PER: 08/2023
PPV: 185 DH 00

cip
Etiquette

LOT: GB20165
PER: 12/2023
PPV: 185 DH 00

cip
Etiquette

ID:baba

Name:mohamed

Sex:Male

Birth Date:

Years

Medication:

cm

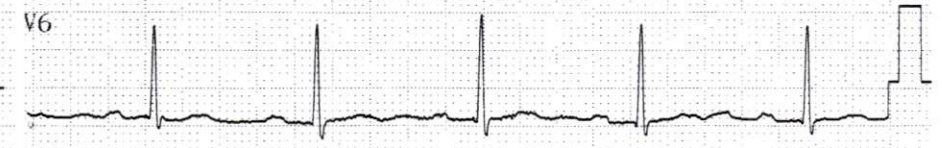
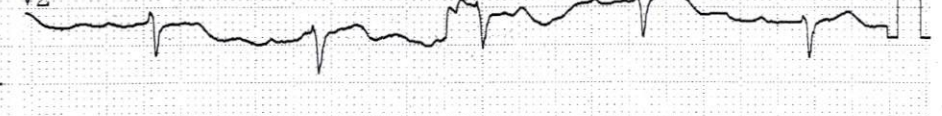
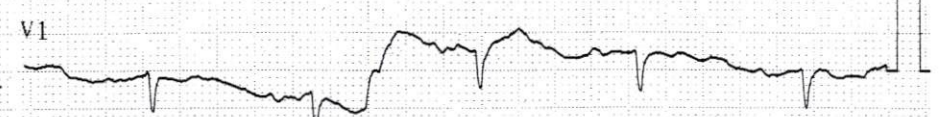
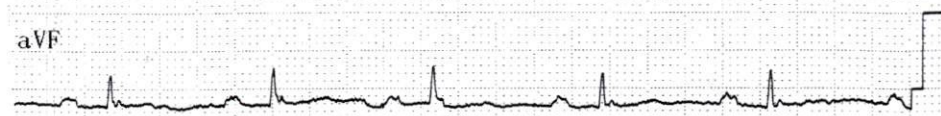
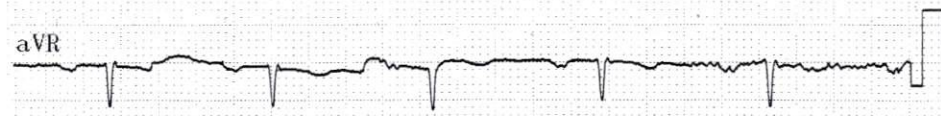
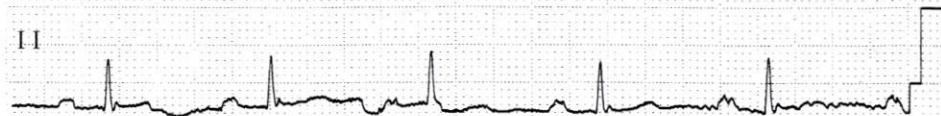
kg

mmHg

68 bpm

10 mm/mV 25 mm/s Filter: H50 d 100 Hz

10 mm/mV



Jun-23-2022 7:58 PM

ID:baba

Name:mohamed

Sex:Male

Birth Date:

Years

cm	kg	mmHg	
Vent rate	68	bpm	
PR int	248	ms	
QRS dur	84	ms	
QT/QTc int	364/ 381	ms	
P/QRS/T axis	62/ 49/ 58	°	
RV5/SV1 amp	1.340/ 0.470	mV	
RV5+SV1 amp	1.810	mV	

TA: 159/85

1100 Sinus rhythm

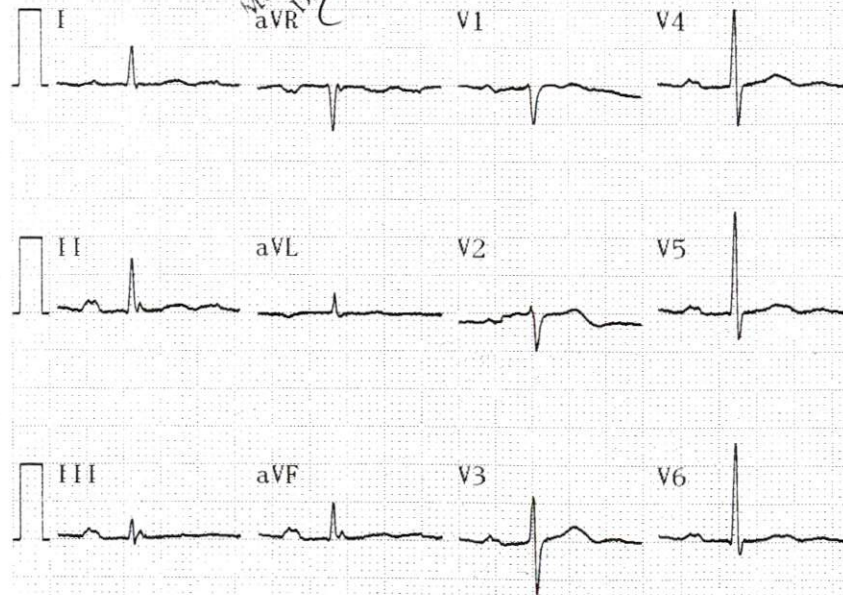
2231 First degree AV block

4068 Nonspecific Twave abnormality

9150 ** abnormal ECG **

Dr. Anass Inchaouh
Cardiologue
Tel.: 06 70 55 95 97

10 mm/mV 25 mm/s Average



Unconfirmed Report

Reviewed by:

Exam: