

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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-716276

125779

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

3670

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

BOUTAYEB

FOUAD

Date de naissance :

24-09-1962

Adresse :

12, RUE KENITRA

Polo

Tél. :

0661155878

Total des frais engagés :

997,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. ALLAL LAMRIKI

Pneumophtisiologie

202, Bd. Abdelloumen - Casablanca

Tél : 0522 95 40 16 / 0522 95 20 24

INFE : 091091595

Cachet du médecin :

Date de consultation :

11/08/22

Nom et prénom du malade :

BOUTAYEB FOUAD

Age:

12

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Affection Respiratoire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans les 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.

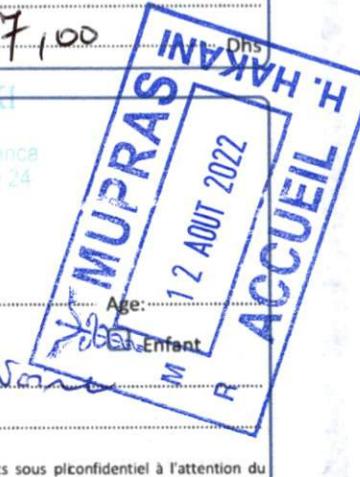
Fait à :

Le : 16/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Boutayeb

INP



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
11/08/12	Cr		5	INP : OP10915FST 
11/08/12	VC30		700,000F	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>PHARMACIE ANAJM SARL AU 5, LES RIVES DE L'EST TRIP- TOM 2 100 1 100</i>	<i>11/98 22</i>	<i>297100</i>
		<i>TPI-002 INPE: 001497</i>
		<i>INPE: 092084540</i>

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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'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"/>																					
					ODF PROTHESSES 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 colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">35533411</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">11433553</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B		11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					H																					
					25533412	21433552																				
					00000000	00000000																				
					D																					
00000000																										
35533411																										
B																										
11433553																										
		[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"/>																						

CABINET DE GROUPE DE PNEUMOLOGIE

Dr. Wafa BENJELLOUN IDRISI

الدكتورة وفاء بن جلون أدریسی

Dr. Amina LAMRIKI RHIATI

الدكتورة آمنة المربيقي الغياتي

Spécialistes en Pneumophysiologie

Adultes et Enfants

مختصين في أمراض الجهاز التنفسى

كبار وأطفال

11/08/2022

Casablanca, le :

FACTURE

Mr BOUTAYEB FOUAD

SPIROMETRIE: 700,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de 700,00 DH
(SEPT CENTS dirhams)

Dr. Amna LAMRIKI
Pmt 10/2019
Ass. 40
Injumet - 2019
INF 109/03/2019
El-03-2019
INF 109/03/2019

Cabinet de groupe de pneumologie

Dr. AMINA LAMRIKI RHIATI

الدكتورة أمينة المرقي

Dr. WAFA BENJELLOUN IDRISI

الدكتورة وفاء بن جلون إدريسي

Spécialistes en pneumo-phtisiologie

Adultes et Enfants

مختصين في أمراض الجهاز التنفسى

كبار وأطفال

Casablanca, le : 11/08/2022

BOUTAYEB FOUAD

1 - Symbicort 200 turbuhaler

2 bouffées le soir en inspiration profonde pdt 2 mois . se rincer la bouche après utilisation



SYNTHEMEDIC
22 rue soueir bneu al aouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
200/8 µg
Flacon de 120 doses
104/14 DMP/21INRQ P.P.V: 297,00 DH
6 118001 020706

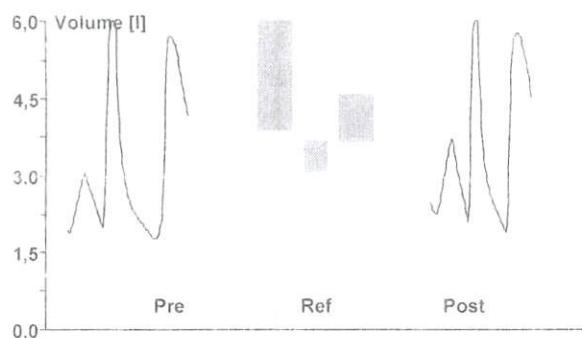
PHARMACIE ANAJI SARL AU
Rés. les Perles de Ben Triaa
1er ét. 2 N° 1 Mansourie

Dr. Amina LAMRIKI
Pneumochistologique
202 Bd Abdelmoumen 20219 Casablanca
Tél : 0522 99 40 36 / 99 20 24
INPE : 091091595

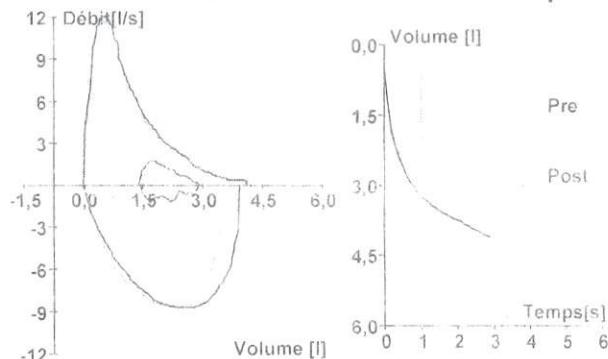
CABINET DE GROUPE DE PNEUMOLOGIE
Dr Wafa Benjelloun Idrissi Dr Amina Lamriki Rhiati
Spécialistes en Pneumophysiologie
Adultes et Enfants

Nom:	Boutayeb	59 ans	BMI:	31.2 kg/m ²
prénom:	Fouad	179 cm	Gra.:	
né(e):	24.09.1962	100 kg	Manip.:	
IDNR:	BOUFOU240962	masculin	Médecin:	
Pré:	11.08.2022 / 12:33	Température 26,8 °C	Pres. At.:	1014/1042 hPa
Post:	11.08.2022 / 12:55	Température 28,5 °C	Pres. At.:	1014/1042 hPa
Val norm.:	ERS 1993, Zapletal		humidité:	63 %rel
			humidité:	62 %rel
			Ganshorn SpiroScout LF8 5M SR2	11.08.2022 / 12:58

Spirométrie



Débit/Volume



Volume/Temps

	Préd.	Pré	pré/préd.	Post	Post/Préd.	Diff.
--	-------	-----	-----------	------	------------	-------

Spirométrie

CVin	4,62	4,03	87%	3,92	85%	-3%
VRI	-	-	-	1,41	-	-
VRE	-	2,13	-	1,76	-	-17%
VC	-	2,11	-	0,95	-	-55%

Débit/Volume

CVmax	4,62	4,24	92%	4,12	89%	-3%	
CVFin	4,43	3,95	89%	3,92	89%	-1%	
CVFex	4,43	4,25	96%	4,12	93%	-3%	
VEMS	3,50	3,08	88%	3,18	91%	3%	
VEMS/CVFex	77	73	95%	77	101%	7%	
VEMS/CVmax	77	73	95%	77	101%	6%	
DEM75	l/s	7,59	7,30	96%	8,05	106%	10%
DEM50	l/s	4,61	2,48	54%	3,09	67%	25%
DEM25	l/s	1,79	0,89	50%	0,95	53%	7%
DEM25-75	l/s	3,64	2,09	57%	2,61	72%	25%
DEP	l/s	8,62	11,68	136%	12,07	140%	3%

Coopération: Bonne

INTERPRETATION: Courbe débit/vol
dans les limites de la
Normale