

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-564652

130614

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12513 Société : RAA

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SALEHDDINE DARIAN

Date de naissance : 11/03/1986

Adresse : ASIS SQUARE TANA6

Tél. : 0614494038 Total des frais engagés : 909,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/07/2022

Nom et prénom du malade : Salehddine Moudjahid

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Bronchite

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
15/07/92	CS		300	INP : 091198804 Dr. B. BATOUI 196 Avenue Mers Sultan Casablanca - Tél.: 05 22 26 52 08

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
Dr. B. BATOUI 196 Avenue Mers Sultan Casablanca - Tél.: 05 22 26 52 08	15/07/92	Spécialité	600

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, 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"/>														
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> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur Batoul BENKIRANE

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
Adultes et Enfants



الدكتورة الباتول بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
كبار وأطفال

Asthme - Allergies Respiratoires
Tuberculose - Sevrage tabagique
Ronflements et Apnées du Sommeil
Spirométrie - Echographie Thoracique
Bronchoscopie - Tests Cutanés

الضيق . الحساسية
السل . الإقلاع عن التدخين
الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم
فحص الوظيفة التنفسية . الفحص بالصدى
الفحص بالمنظار . إختبار الحساسية

Casablanca, le 15/07/22

Mme Saleh Hanie Maroum

Facture de
Spirométrie : 600

Dr. Batoul Benkirane
Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
196 Avenue Mers Sultan, Résidence Al Khansa, 1er Etage, Appt.13 - Casablanca
Tél.: 05 22 26 52 08 / GSM : 06 61 08 84 46 - E-mail : dr.benkirane.batoul@gmail.com

Docteur Batoul BENKIRANE

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
Adultes et Enfants



الدكتورة الباتول بنكيران

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
كبار وأطفال

Asthme - Allergies Respiratoires
Tuberculose - Sevrage tabagique
Ronflements et Apnées du Sommeil
Spirométrie - Echographie Thoracique
Bronchoscopie - Tests Cutanés

الضيق . الحساسية
السل . الإقلاع عن التدخين
الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم
فحص الوظيفة التنفسية . الفحص بالصدى
الفحص بالمنظار . إختبار الحساسية

Casablanca, le 15/07/22

Mme Saleh Addine Harim

facture de consultation
: 300

Dr. BENKIRANE Batoul
Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
106 Avenue Mers Sultan
Casablanca / Tél.: 05 22 26 52 08

Cabinet de Pneumologie Allergologie

Dr. Benkirane Batoul
196 Av. Mers Sultan, Résidence Al Khansa
Casablanca

SALEHDDINE, MARIAM

ID: 345356

Age: 36 (16/03/1986)

Sexe	Féminin	Taille	168 cm
Ethnicité	Caucasien	Poids	60 kg
		IMC	21,3

Votre VEMS/théorique: 87%

Votre âge pulmonaire: 52

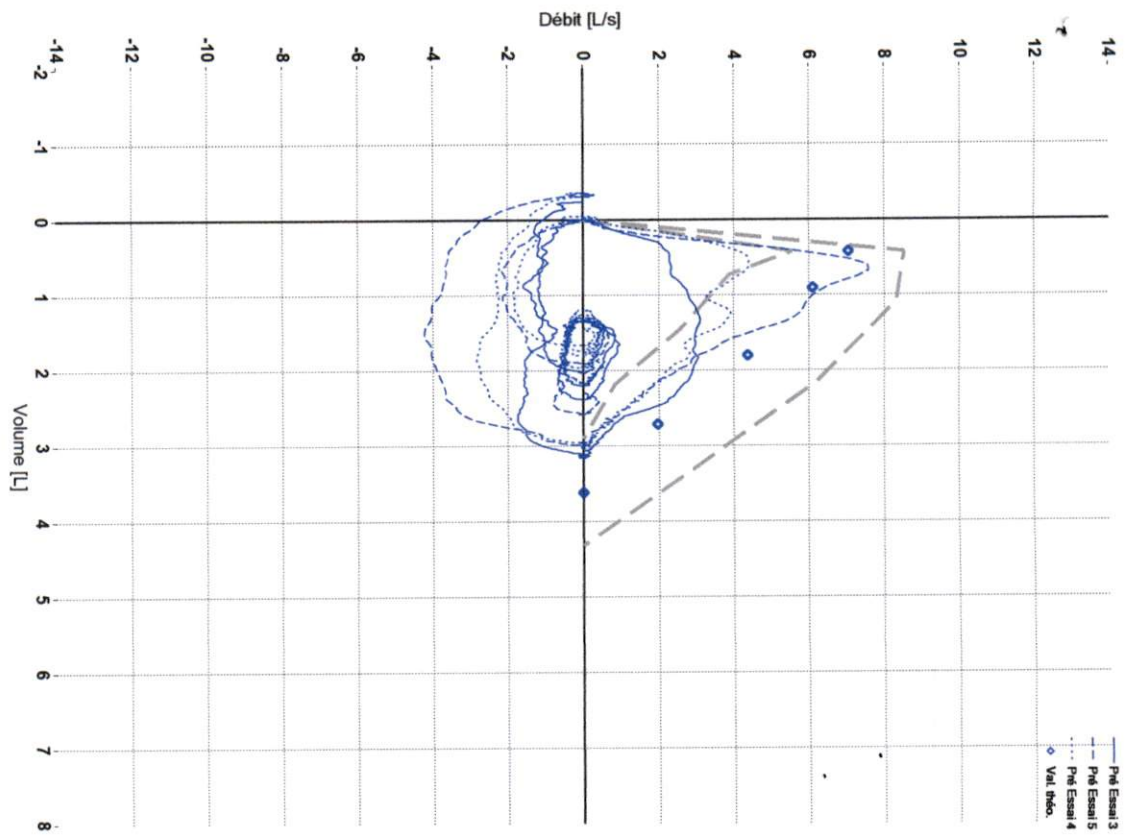
CV et BDV

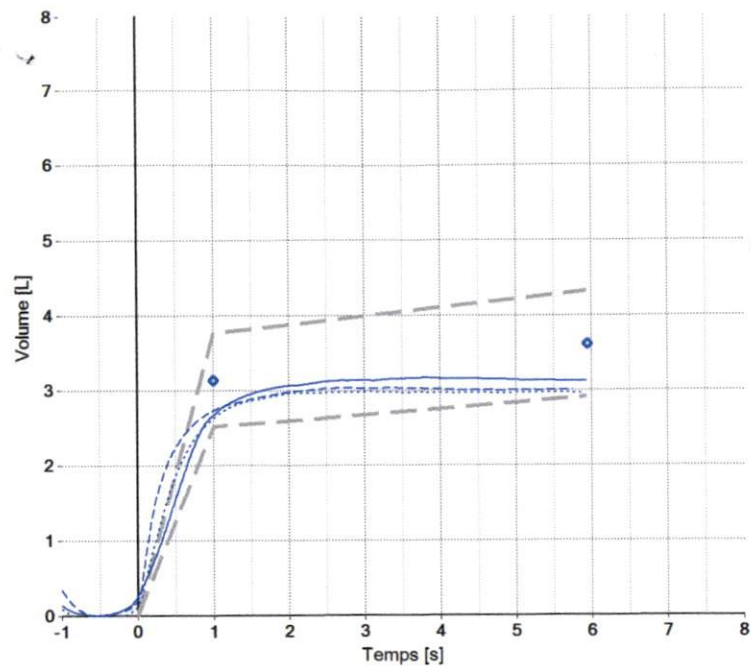
Date du test	15/07/2022 12:51:48	Interprétation	GOLD(2008)/Hardie	Sélection de valeur	Meill. valeur
Heure post		Val. théo.	ERS/ECCS	BTPS (insp/exp)	1,12/1,02

Pré

Paramètre	Théo.	Lln	Meilleur	Essai 3	Essai 5	Essai 4	%Théo.
CVF [L]	3,62	2,91	3,17	3,17	3,03	2,98	88
VEMS [L]	3,14	2,51	2,73	2,67	2,73	2,62	87
VEMS/CVF	0,822	0,714	0,861	0,842	0,899	0,879	105
TEF [s]	-	-	3,8	3,8	2,8	3,0	-
CVIF [L]	3,62	2,91	3,35	3,35	3,31	3,32	93
DIP [L/s]	-	-	4,25	1,76	4,25	2,83	-
DEF25% [L/s]	6,11	3,89	2,51*	2,51*	6,97	4,08	41
DEF50% [L/s]	4,38	2,57	2,96	2,96	4,26	3,28	68
DEF75% [L/s]	1,97	0,84	2,26	2,26	1,58	1,76	114
DEF25-75% [L/s]	3,80	2,40	2,85	2,85	3,58	2,91	75
DEM25 [L/s]	1,97	0,84	2,26	2,26	1,58	1,76	114
DEM50 [L/s]	4,38	2,57	2,96	2,96	4,26	3,28	68
DEM75 [L/s]	6,11	3,89	2,51*	2,51*	6,97	4,08	41
DEP [L/min]	423	334	458	187*	458	265*	108
DEP [L/s]	7,05	5,57	7,63	3,11*	7,63	4,42*	108
DIP [L/min]	-	-	255	105	255	170	-

Dr. BENKIRANE Batoul
Pneumologue - Allergologue - Rhinologue
196 Avenue Mers Sultan
Casablanca - Tél.: 05 22 26 52 08





Coopération : Bonne

Interprétation :

- Pas de trouble ventilatoire obstructif
- Pas d'obstruction bronchique périphérique
- Pas de profil restrictif
- Valeurs fonctionnelles normales