

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.

MUPRAS : Centre Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial 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° W21-638124

133946
RE

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : _____		Société : _____	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	_____
Nom & Prénom : adnane za HARI			
Date de naissance : _____			
Adresse : _____			
Tél. : _____		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin Dr Mohammed Jamal BRISSI	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : _____	
Nom et prénom du malade : _____	
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input 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 : _____

Signature de l'adhérent(e) : _____

Le : _____ / _____ / _____

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie N° W21-638124	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : _____	Nom de l'adhérent(e) : _____
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	

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 règlement des Actes
13/12/2022	CM		300	INPE 13/12/2022 Dr. MOHAMMED JAMAL URSSI

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INPE 13/12/2022	13/12/2022	teeth sections	600
INPE 13/12/2022	13/12/2022	allergies	600
INPE 13/12/2022	13/12/2022	Spine	600
INPE 13/12/2022	13/12/2022	Roentgen	200

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

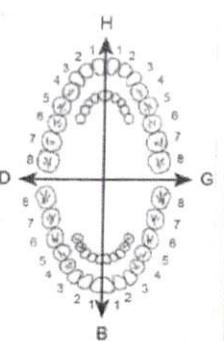
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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	INP : <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433562
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

DR MOHAMMED JAMAL IDRISI BOUZIDI

PNEUMO PHTYSIO ALLERGOLOGUE

الدكتور محمد جمال الإدريسي البوزيدي

طبيب اخصاصي في أمراض الصدر و الحساسية

Dr. Mohammed Jamal
الرباط في
Dr. Mohammed Jamal
IDRISSI BOUZIDI
PNEUMO-ALLERGOLOGUE
N° 47 AMAL 14 HAY ALKHY AVN SIDI MED BEN ABDELLAH C.Y.M RABAT
TÉL: 05 37 79 20 79
E-MAIL: drjamalbouzidi@gmail.com
N° 111005860
NOM: Adnane ZDHARI

COMPTE RENDU DE LA RADIOGRAPHIE PULMONAIRE

- * POUMOU EMPHYSEMOUS
- * CULLS DE SAC CARDIO-DIAPHRAYMTIQUES LIBRES
- * INDIX CARDIO-THORACIQUE NORMAL
- * PAS DE FOYERS PULMONAIRES

Signature

Dr. Mohammed Jamal
IDRISSI BOUZIDI
PNEUMO-ALLERGOLOGUE
N° 47 AMAL 14 HAY ALKHY AVN SIDI MED BEN ABDELLAH C.Y.M RABAT
TÉL: 05 37 79 20 79
E-MAIL: drjamalbouzidi@gmail.com
N° 111005860

♦ N° 47 AMAL 14 HAY ALKHY AVN SIDI MED BEN ABDELLAH C.Y.M RABAT

☎ POR: 06 60 49 19 69

☎ TEL: 05 37 79 20 79

✉ drjamalbouzidi@gmail.com

DR MOHAMMED JAMAL IDRISI BOUZIDI

PNEUMO PHTYSIO ALLERGOLOGUE

الدكتور محمد جمال الإدريسي البوزيدي

طبيب اختصاصي في أمراض الصدر و الحساسية

2022 of 13 في الرباط

NOM: *Adlane Zahai*
Dr. MOHAMMED IDRISI BOUZIDI
PNEUMO PHTYSIO ALLERGOLOGUE
TÉL: 06 60 49 19 69

FACTURE

DESCRIPTION	MONTANT	
SPIROMETRIE	600	
TESTS CUTANES D'ALLERGIES	600	
RODIOGRAPHIE PULMOUNAIRE	200	
	TOTAL	1400

Facture arrêtée à la somme de :

Mille quatre cent

Signature

Dr. Mohamed IDRISI BOUZIDI

♦ N° 47 AMAL 14 HAY ALKHY AVN SIDI MED BEN ABDELLAH 40000 RABAT



POB: 06 60 49 19 69



TÉL: 05 37 79 20 79

✉ drjamalbouzidi@gmail.com

DR MOHAMMED JAMAL IDRISI BOUZIDI

PNEUMO PHTYSIO ALLERGOLOGUE

الدكتور محمد جمال الإدريسي البوزيدي

طبيب اختصاصي في أمراض الصدر و الحساسية

2022.07.13
الرباط في...
Dr. Mohamed JAMAL IDRISI BOUZIDI

NOM: Dr. Mohamed JAMAL IDRISI BOUZIDI
PNEUMO-ALLERGOLOGUE
INPE: 111005869

TESTS CUTANES D'ALLERGIES NETTE ALLERGIES AUX :

- * ACARIENS +++
- * BLOMIA +++
- * OLIVIER ++
- * MOISISSURES ++
- * POILS DE CHAT ++
- * POILS DE CHIEN ++

Signature

Dr. Mohamed JAMAL IDRISI BOUZIDI
PNEUMO-ALLERGOLOGUE
INPE 111005869

♦ N° 47 AMAL 14 HAY ALKHY AVN SIDI MED BEN ABDELLAH C.Y.M RABAT



POB: 06 60 49 19 69



TÉL: 05 37 79 20 79

✉ drjamalbouzidi@gmail.com

Case number:023

Gender:Male

Age:32

Smoke: No

BDT: Yes

Test date:2022-07-13 15:56:00

Medical history:

Name:ADNANE ZAHARI

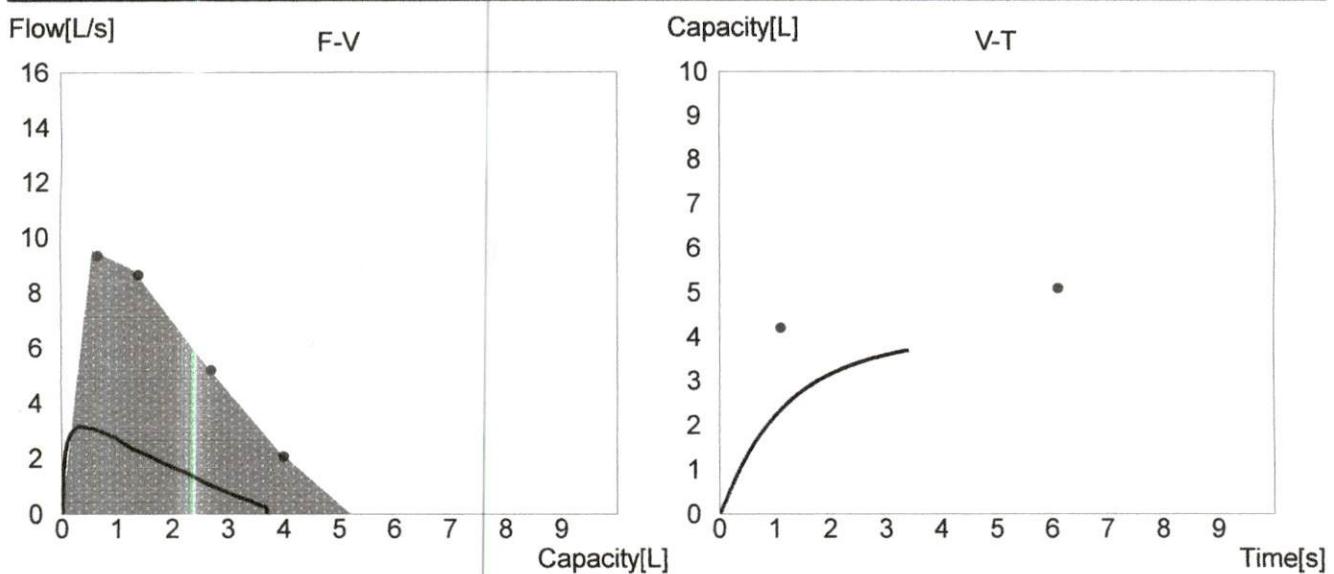
Height:177 cm

Weight: 72 kg

Equation: KNUDSON

Phone:

Parameter	Unit	MEAS	PRED	PRED%	LLN	BDT diff	BDT rate
FVC	L	3.69	5.20	70.92%	4.15	-	-
FEV1	L	2.35	4.32	54.38%	3.46	-	-
FEV1/FVC	%	63.69	83.33	76.43%	73.01	-	-
PEF	L/s	3.17	9.52	33.28%	6.11	-	-
FEF2575	L/s	1.75	4.57	38.30%	2.79	-	-
FEF25	L/s	2.66	8.84	30.10%	5.53	-	-
FEF50	L/s	1.90	5.39	35.28%	3.27	-	-
FEF75	L/s	0.93	2.27	41.00%	1.13	-	-
EV	ml	36.97(1.00%FVC)	-	-	-	-	-
FET	s	-	6.00	-	-	-	-
EOTV	ml	-	-	-	-	-	-
PEFT	ms	-	-	-	-	-	-



Test result:

Trocholites variolatus obscurus

Dr Mohammed DRISSI
PNEUMATOLOGUE
INSTITUT

Operator: Dr.BOUZIDI

Physician:

Reporting date: 2022-07-13

Device ID: