

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

- 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 Alal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alal 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

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : adnane ZAHARI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin Dr Mohammed Jamal BOUSSI

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie : Rhinite allergique

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) :

VOLET ADHERENT

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 :

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 règlement des Actes
13/7/2012	LM		300	INP: 10000000

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
PNEU-ALLOLOGUE	13/7/2012	telévisions	600
PNEU-ALLOLOGUE	13/7/2012	allergologie	600
PNEU-ALLOLOGUE	13/7/2012	radiographie	200

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	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 : Veuillez 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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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	

DR MOHAMMED JAMAL IDRISSE BOUZIDI

PNEUMO PHTYSIO ALLERGOLOGUE

الدكتور محمد جمال الإدريسي البوزيدي

طبيب اختصاصي في أمراض الصدر و الحساسية

الرباط في 14.07.2023

NOM : Adnane ZAHARI

COMPTE RENDU DE LA RADIOGRAPHIE PULMONAIRE

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

Signature

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

☎ POR: 06 60 49 19 69

☎ TÉL: 05 37 79 20 79

@ drjamalbouzidi@gmail.com

DR MOHAMMED JAMAL IDRISSE BOUZIDI

PNEUMO PHTYSIO ALLERGOLOGUE

الدكتور محمد جمال الإدريسي البوزيدي

طبيب اختصاصي في أمراض الصدر و الحساسية

2022/07/14 الرباط في

NOM :

Admane Zahai

FACTURE

DESCRIPTION	MONTANT	
SPIROMETRIE	600	
TESTS CUTANES D'ALLERGIES	600	
RADIOGRAPHIE PULMONAIRE	200	
	TOTAL	1400

Facture arrêtée à la somme de :

Mille quatre cent

Signature

Dr. Mohamed Jamal Idrissi Bouzidi
PNEUMOLOGUE
ALLERGOLOGUE

9 N° 47 AMAL 14 HAY ALKHY AVN SIDI MED BEN ABDELLAH BOUM RABAT

☎ POR: 06 60 49 19 69

☎ TÉL: 05 37 79 20 79

@ drjamalbouzidi@gmail.com

DR MOHAMMED JAMAL IDRISSE BOUZIDI

PNEUMO PHTYSIO ALLERGOLOGUE

الدكتور محمد جمال الإدريسي البوزيدي

طبيب اختصاصي في أمراض الصدر و الحساسية

2022.07.13

الرباط في

NOM :

Dr Mohammed Jamal Idrissi Bouzidi
PNEUMO-ALLERGOLOGUE
INPE : 111005549

Admane EAHARI

TESTS CUTANES D'ALLERGIES NETTE ALLERGIES AUX :

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

Signature

Dr Mohammed Jamal Idrissi Bouzidi
PNEUMO-ALLERGOLOGUE
INPE : 111005549

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

☎ POR: 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

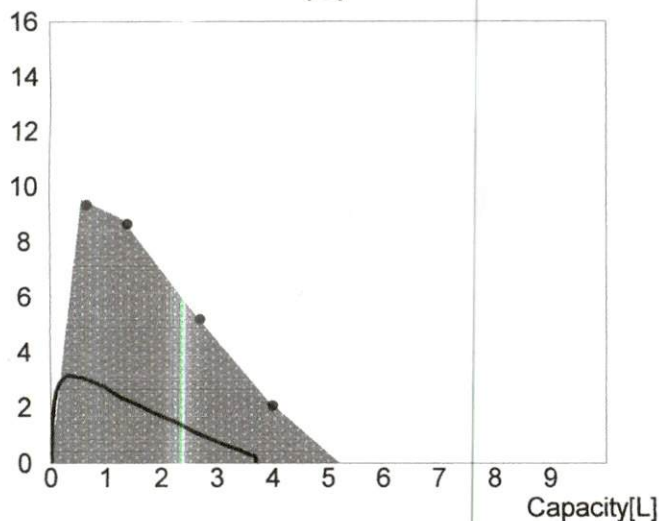
Equation:KNUDSON

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	-	-	-	-	-	-

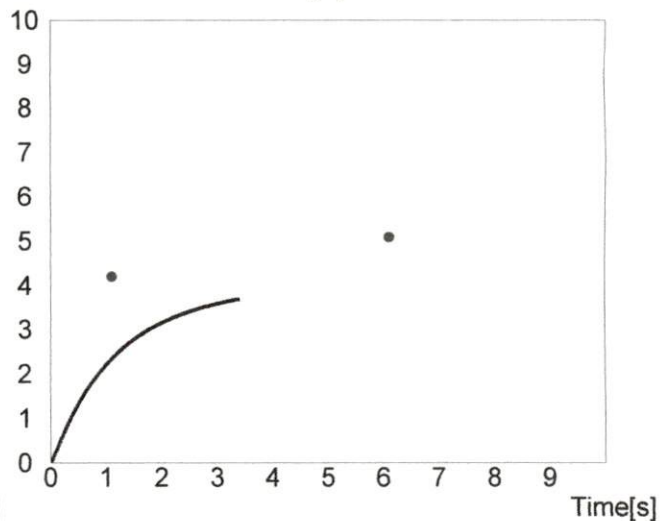
Flow[L/s]

F-V



Capacity[L]

V-T



Test result:

Test result: ventilatory obstructive

Operator: Dr.BOUZIDI

Dr. Mohammed BOUZI
PNEUMOLOGUE
INPE 13.07.2022

Physician:

Reporting date: 2022-07-13

Device ID: