

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0008389

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11418 Société : R.A.M.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUJDOU Fatma

Date de naissance : 31.12.1975

Adresse : REP. AGADIR

Tél. : 663618485 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Hicham NAJI AMRANI
Médecin Lt. Colonel
Professeur Assistant
Pneumo-Phtisio-
Hôpital Militaire Oued Tadj
INPE : 33113

Date de consultation : 29 / 11 / 2022

Nom et prénom du malade : BOUJDOU Fatime Age :

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

Nature de la maladie : Toux Chronique

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : Agadir Le : 09 / 11 / 22

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
09/11/22	CU		300	
09/11/22	Shiranthu			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie CADIBEN DRAÏE Dr. ALAOUI Lella Asma Ext. Al Fidda 1, Cité Dakhla AGADIR - Tél: 05 28 23 39 39	09/11/22	250

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

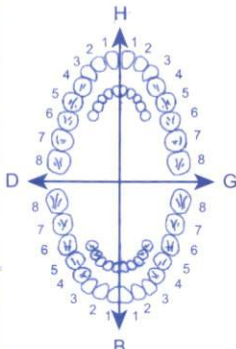
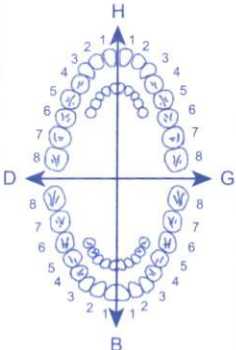
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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															
				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]			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
	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

Ordonnancier

Nom et Prénom du Malade :

BOU JABOU

Fatma

Mesure x

Mesure

Spule 1 x 2 jours

Rhino laryngite aiguë

Spule x 2 jours

Plixatib 125

125 x 2 jours

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 125.00 DH
118001140329

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 125.00 DH
118001140329

PHARMACIE CADY BEN DRIS
Dr. ALAOU Lalla Asma
EX. AL FIDDIAT CH6 Dakhla
AGADIR - Tél: 05 28 23 39 39

Dr. Hicham Naji Amrani
Médecin Lt. Colonel
Professeur Assistant
Pneumo-Phthisio-Allergologie
Hôpital Militaire Oued Ed-Dahab - Agadir
INPE: 131226656

agadir, le

09 Nov 2022

Ordonnancier

Nom et Prénom du Malade :

BOU JABOU

Fatime

09 Nov 2022

Symptômes : *et* *et* *et*

09/11/2022

Dr. Hicham NAJAJ
Médecin Lt Colonel
Professeur Assistant
Pneumo-Phthiso-Allergologie
Hôpital Militaire Oued Ed-Dahab - Agadir
INPE : 1312266

agadir, le _____

Ganshorn Medizin Electronic GmbH
Industriestraße 6-8
55
97618 Niederlauer

Tel.: 09771 / 6222-0
Fax: 09771 / 6222-

e-mail: info@ganshorn.de
www.ganshorn.de

Nom: **Boujdou** 46 ans
prénom: **Fatma** 165 cm
né(e): 31.12.1975 60 kg
IDNR: BOUFAT311275 féminin

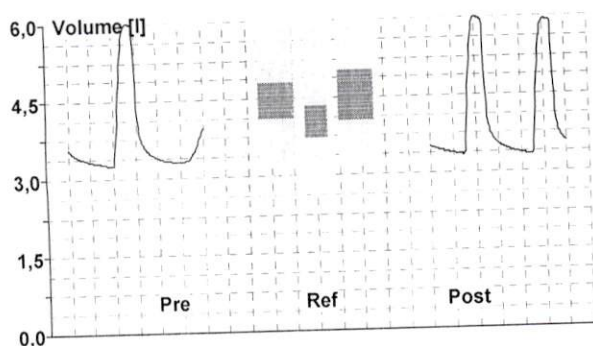
BMI: 22,0 kg/m²
Gra.:
Manip:
Médecin:

Pré: 09.11.2022 / 10:39 Température: 22,1 °C
Post: 09.11.2022 / 10:55 Température: 23,6 °C
Val.norm.: ERS 1993, Zapletal

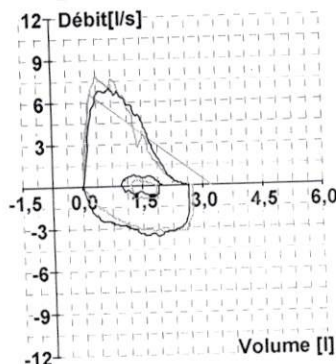
Pres.At.:
Pres.At.:

1024/1052 hPa humidité: 53 %rel 09.11.2022 / 10:57
1024/1052 hPa humidité: 52 %rel
Ganshorn SpiroScout LF8.5M*SR2

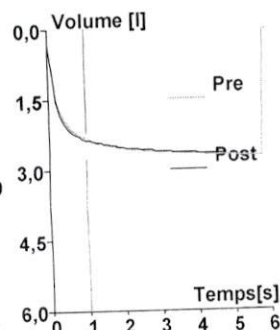
Spirométrie



Débit/Volume



Volume/Temps



	Préd.	Pré	pré/préd.	Post	Post/Préd.	Diff.
Spirométrie						
CVex	3,31	2,76	84%	2,68	81%	-3%
CVin	3,31	2,77	84%	2,67	81%	-4%
VRI	-	1,20	-	0,97	-	-19%
VRE	-	0,90	-	0,75	-	-17%
Débit/Volume						
CVFex	3,22	2,76	86%	2,68	83%	-3%
VEMS	2,77	2,30	83%	2,34	85%	2%
VEMS/ CVFex	80	83	104%	87	109%	5%
VEMS/ CVmax	80	83	104%	87	109%	5%
DEM25	1,69	0,84	50%	1,43	84%	70%
DEM50	4,05	2,82	70%	5,04	124%	78%
DEM75	5,76	7,20	125%	6,93	120%	-4%
DEM25-75	3,43	2,82	82%	3,94	115%	40%
DEP	6,61	7,84	119%	7,00	106%	-11%
DIP	-	3,34	-	3,58	-	7%

Dr. Hicham NAJI AMRANI
Médecin D. Colonel
Professeur Assistant
Pneumo-Phthisio-Allergologie
Hôpital Militaire Oued Ghannab - Algérie
N°PE : 131426656