

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 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



Déclaration de Maladie

N° W21-620636

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 30295 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : S.A.R.A.DI Ali

Date de naissance : 06/11/65

Adresse : Résidence ALQANTARA ZONE TOURISTIQUE

AGdal 60000 DAKAR KECH

Tél. : 0661159869 Total des frais engagés : 1436,50 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/11/99

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les circonstances

Dans le cas où la maladie aurait été causée par un accident, il convient de faire une déclaration de l'accident à la police et à la compagnie d'assurance. Les informations relatives à l'accident doivent être communiquées à la compagnie d'assurance dans les plus brefs délais.

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 : DAKAR KECH

Le : 23/11/22

Signature de l'adhérent(e) :

Déclaration
Remplissez Il sera nécessaire de faire une réclamation
Coupon à



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
Le 23.11.22	Radio T.R. F.R. Tele-Cutany G.S.			INPE : 07207613 Cabinet Dr. M'hamed Al Bassatine 139 Bd Ain Souha, Mhamid, Maroc 05 24 36 07 41

EXECUTION DES ORDRES			
Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la Facture	INPE : 07207613
INPE : 07207613	Le 23.11.22	436,50	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		A M	P C	I M	I V

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"/>
				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 PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	<input type="text"/>
		D 00000000	G 00000000	<input type="text"/>
		B 35533411		<input type="text"/>
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
		D 00000000	G 00000000	<input type="text"/>
		B 35533411		<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				



139,50



SYNTHMEDIC
12 rue zoubir bncou al aouam roches
notres casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
400/12 µg par dose Pdr. p/inh.
Flacon de 60 doses
10574 DMP/21/NRQ du P.P.V : 297,00 DH
6 118001 020935

Ordonnance

Marrakech. Mercredi, le 23/11/2022

MME OUTAHMOUCHT MONA

297,00



1). SYMBICORT TURBUHALER 400/12 µg Poudre pour inhalation - Poudre pour inhalation / Flacon de 60 doses

139,50

1 Bouffée 2 fois par jour, Pendant 3 Mois. rincer la bouche après

2). LOVANIC 500 MG, Comprimé - Boite de 10

1 Comprimé 1 fois par jour, le matin. Après le repas. Pendant 10 Jour(s).



Dr. Anas arrad
Pneumologue Allergologue Tabacologue
Résidence Al Bassatine 139
2^{me} étage Ain Souna, Mhamid Marrakech.
05 24 36 07 41

Pharmacie Ait Mansour
Dr. Kamil Ait Mansour
Ait Ourir - Route 2900
Tél: 0524 460 616

436,50

non pris

05 24 36 07 41

06 77 83 47 60

E-mail : anas.arrad@gmail.com

Résidence Al Bassatine 139 Bloc A N° 139 2^{ème} étage Ain Souna, Iamhamid, Marrakech.

إقامة البساتين 139 بلوك "أ" رقم 139 الطابق الثاني عين السنة المحماميد ، مراكش.



Ordonnance

Marrakech, le 23/11/2022

Nom et prénom : OUTAHMOUCHT MONA

Radiographie thoracique Face

Technique :

- Position debout, en inspiration profonde, incidence postéro-antérieure.

Interprétation :

- Syndrome bronchique prédominant au niveau des bases
- Culs de sac sont libres
- Absence d'anomalie de la silhouette cardiaque.
- Absence d'anomalie du cadre osseux.

Conclusion :

- Syndrome bronchique prédominant au niveau des bases

دكتور عراض أنس Dr. ARRAD Anas

أخصائي في أمراض الصدر والحساسية والإقلاع عن التدخين

Pneumologue - Allergologue - Tabacologue

Résidence Al Bassatine 139 Bloc A N° 139

2^{ème} étage Ain Souna, Ihammid, Marrakech.

05 24 36 07 41

06 77 83 47 60

E-mail : anas.arrad@gmail.com

Résidence Al Bassatine 139 Bloc A N° 139 2^{ème} étage Ain Souna, Ihammid, Marrakech.

إقامة البساتين 139 بلوك "أ" رقم 139 الطابق الثاني عين السنة المحاميد ، مراكش.



INPE :

FACTURE N° : 07148

Patient

Date

Detail

Mercredi, le 23/11/2022

RDV pris : 23/11/2022

MME OUTAHMOUCHT MONA

MARRAKECH

Numéro	Désignation	QTE	PU.TTC	Montant					
1	- CONSULTATION	1	200,00	0,00					
2	- RADIOPHOTOGRAPHIE THORAX	1	200,00	200,00					
3	- EFR	1	400,00	400,00					
4	- TESTS CUTANÉS	1	400,00	400,00					
Historique des encaissements :		Remise 200,00 Dh							
1 000,00	Espèce	23/11/2022	Total TTC 1 000,00 Dh						
Reste à Payer :									
0,00									
Arrêté la présente facture à la somme de :									
Mille Dirhams									

Mecab Base 1.7.5

Dr. ARRAD Anas Juil Juil 1953
neurologue - Allergologue - Tabacologue
résidence Al Bassanine 130 Bloc A N° 139
4ème Ain Soufia, Mhounid, Marrakech.
25 24 36 07 41

Nom : MONA OUTAHMOUCHT

Taille: 164 cm

Age: 40 Ans

Date Naissance: 12/12/1981

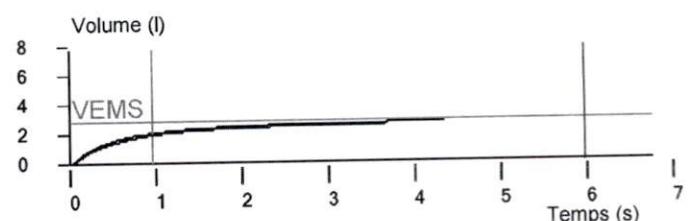
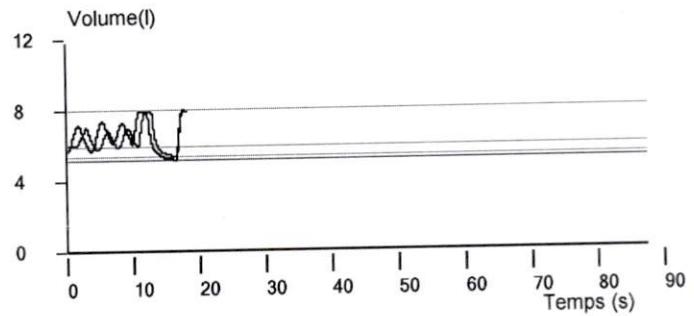
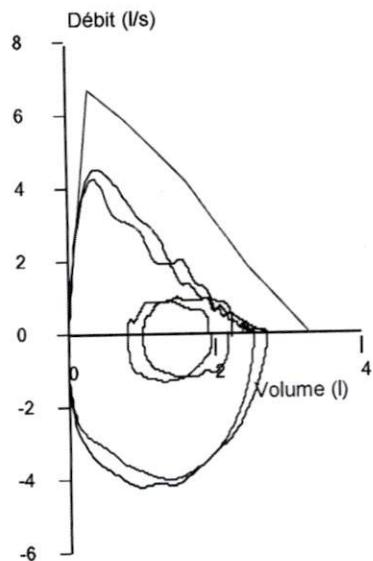
Poids: 67 kg

Genre: Féminin

BMI: 24,9 kg/m²

ID: MONOUT12121981

Medication: Post: Salbutamol



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	3,32	2,75	83	2,57	77	-7	
CI	l	2,35	2,15	91	2,11	90	-2	
VC	l		1,63		1,11		-32	
VRE	l	1,11	0,73	66	0,46	42	-37	

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	2,88	2,15	75	2,03	70	-6	
CVFex	l	3,34	2,74	82	2,57	77	-6	
VEMS/CVF	%	82	78		79		1	
DEP	l/s	6,71	4,52	67	4,27	64	-6	
DEM25	l/s	1,83	0,67	37	0,99	54	48	
DEM50	l/s	4,18	2,18	52	1,92	46	-12	
DEM75	l/s	5,88	4,13	70	3,37	57	-18	
DEM 25-75	l/s	3,61	1,94	54	1,81	50	-7	
tex	s		5,2		4,3		-17	

Commentaire: Assez bonne coopération de la patiente.

Conclusion: Trouble ventilatoire obstructif modéré non réversible après bronchodilatateurs.

Date: 23/11/2022
Temps: 11:02

Température ambiante: 32 °C
Pression ambiante: 999 hPa
Humidité ambiante: 50 %

Technicien :

DR ARIAH ANAS
جراح ارياح اناس
Pneumologue
Allergologue - Tabacologue
Centre d'Insatino 130 Bloc A N° 139
 Ain Souha, Agdal, Marrakech.
0524 80 07 41



Dr ARRAD Anas

Spécialiste des maladies respiratoires, allergies et tuberculose

Spécialiste en sevrage tabagique

Marrakech, le 23/11/2022

Tests cutanés allergologiques

Nom : OUTAHMOUCHT MONA

Indication : asthme

<i>Histamine</i>		<i>5 Graminées</i>	
<i>Diamètre : 8 mm</i>		<i>Diamètre : 5 mm</i>	
<i>Contrôle négatif</i>		<i>Olivier</i>	
<i>Diamètre : Négatif</i>		<i>Diamètre : 5 mm</i>	
<i>Dermatophagoides pteronyssinus (DP)</i>		<i>Chat</i>	
<i>Diamètre : 6 mm</i>		<i>Diamètre : 8 mm</i>	
<i>Dermatophagoides farinae (DF)</i>			
<i>Diamètre : 6 mm</i>			
<i>Blomia tropicalis</i>			
<i>Diamètre : Négatif</i>			

Conclusion : sensibilisation : Acariens DF, DP, 5 graminées, Olivier et chat

Résidence Al Bassatine 139 Bloc A N°139 2^e étage Ain Souna, LMHAMID, MARRAKECH
Tel : 0524 36 07 41 / 06 77 83 47 60
Site : www.docteurarrad.com
Email : anas.arrad@gmail.com