

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 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 : BARAUDI Ali

Date de naissance : 06/11/65

Adresse : Résidence ALQANTARA ZONE TOURISTIQUE AGDAL 40000 DARABECH

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 23/11/22

Nom et prénom du malade : OUTHMANIAH Mohamed

Age : 40 ans

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pneumologie

En cas d'accident préciser les circonstances de l'accident :

Dans le cas où la maladie aura été causée par un accident, le déclarant s'engage à fournir 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 : DARABECH Le : 23/11/22

Signature de l'adhérent(e) :



ND
1458.10

Déclaration

Remplissez
Il sera nécessaire
réclamation

Coupon à

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
23.11.22	Radiologie	1	10000	[Signature]
	FFR	1	10000	[Signature]
	échocardiographie	1	10000	[Signature]
	CS	1	10000	[Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	12/22	436.50

[illegible][illegible]

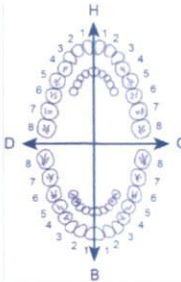
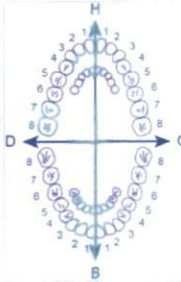
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <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

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

FIN
D'EXECUTION

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



139,50



SYNTHEMEDIC
22 rue zoubou benou al soum roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER

400/12 µg par dose: Poudre p. inh.
Flacon de 60 doses
105/14 DMP/21/190 d.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).

436,50

Dr. ARRAD ANAS
Pneumologue - Allergologue - Tabacologue
Résidence Al Bassatine 139 Bloc A N° 139 2^{ème} étage Ain Souna, Iamhamid, Marrakech.
05 24 36 07 41

Pharmacie Ait Mansour
Dr. Kauter Hmidil
Ait Ourir- Route de Quarzazate
Tél.: 0524480000

Handwritten signature

Spécialiste des maladies
respiratoires, allergies et tuberculose
Spécialiste en sevrage tabagique



أخصائي في أمراض الجهاز التنفسي،
الحساسية و السل
أخصائي في الإقلاع عن التدخين

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 base
- 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 base

دكتور عراض أنس
أخصائي في أمراض الجهاز التنفسي والاعلاج عن التدخين
Pneumologue - Allergologue - Tabacologue

Residence Al Bassatine 139 Bloc A N° 139
2^{ème} étage Ain Soula, lamhamid, Marrakech.

05 24 36 07 41



05 24 36 07 41



06 77 83 47 60



E-mail : anas.arrad@gmail.com



INPE :

FACTURE N° : 07148		Patient
Date	Detail	MME OUTAHMOUCHT MONA MARRAKECH
Mercredi, le 23/11/2022	RDV pris : 23/11/2022	

Numéro	Désignation	QTE	PU.TTC	Montant
1	- . CONSULTATION	1	200,00	0,00
2	- . RADIOGRAPHIE 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 a Payer :				
0,00				
Arrêté la présente facture à la somme de :				
Mille Dirhams				

Mecab Base 1.7.5

1933 عرافس انيس
Dr. ARRAD Anas
Dermatologue - Allergologue - Tabacologue
Résidence Al Bassatine 139 bloc A n° 139
- Stage Ain Souf, Mhamid, Marrakech.
05 24 36 07 41

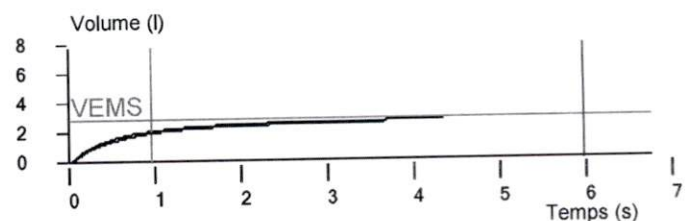
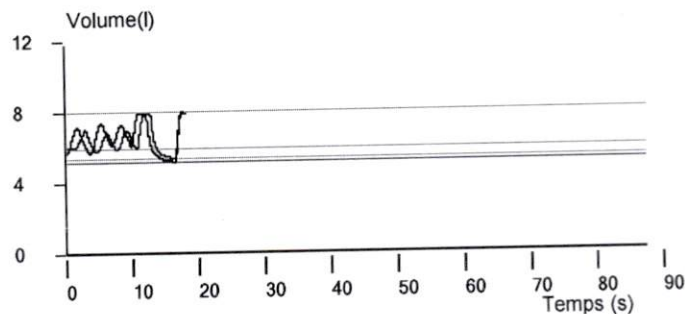
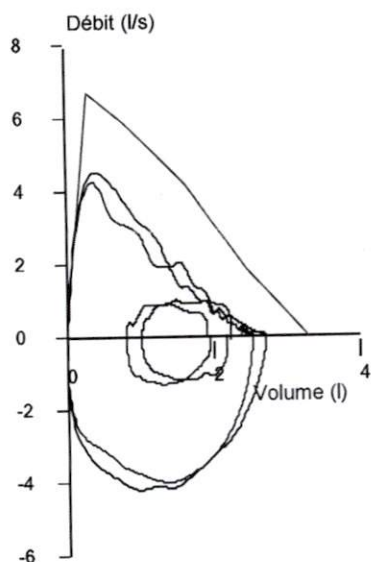
Nom : **MONA OUTAHMOUCHT**

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: 23,4 °C

Pression ambiante: 999 hPa

Humidité ambiante: 50 %

Technicien:



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^{ème} étage Ain Souna, LMHAMID, MARRAKECH
Tel : 0524 36 07 41 / 06 77 83 47 60
Site : www.docteurarrad.com
Email : anas.arrad@gmail.com