

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.



Déclaration de Maladie
N° M21- 0015729

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2008 Société : RAM 159087
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EDDOUK Boucharb
 Date de naissance : 1948
 Adresse : Lot 134 GE / 1 Lissasfa Haute CASABLANCA
 Tél. : 660251562 Total des frais engagés : 1225,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ZADANE Samir - Pneumologue-Phtisiologue-Allergologue
 Angle Bd Mohamed V et Rue Omar Ibn El Khattab - Etage 5 - 10000 Casablanca
 Tél: 0522035535 N° Urgence: 0642069534
 Date de consultation : 27 AVR 2023
 Nom et prénom du malade : Eddouk Boucharb Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : BPCO
 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 : CASABLANCA Le : 27/04/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

[illegible]

El Khatib - Etage 3, N° 6 Berrechid
Tel: 0522035535 N° Urgence: 0649069582

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/04/23	725.10

Date _____

Montant de la Facture

[illegible]

Date _____

Montant
des Honoraires[illegible]

Date des Soins

Nombre

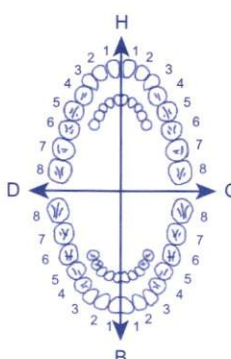
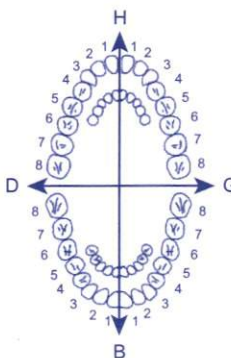
Montant détaillé
des Honoraires

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 canalaires, 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"> <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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

Important :

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

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

COEFFICIENT
DES TRAVAUXMONTANTS
DES SOINSDATE DU
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ZAIDANE Sara

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
Adultes et enfants

Asthme, allergies respiratoires - Tests cutanés
Tuberculose - Bronchoscopie, Spirométrie
Ronflements et apnées du sommeil - Pathologies
liées au tabac - Maladies professionnelles



د. زيدان صارة

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
كبار وأطفال
الضيق، الحساسية - إختبار الحساسية
مرض السل - الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة
الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم - أمراض التدخين
الأمراض المهنية

Berrechid, le 27/04/2023

Mr EDDOUIK BOUCHAIB



GTIN 189011725345
LOT BA30302
EXP 06/2024
S/N 44416736810084
PPV 161 DH 80

inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

TIOVA

1 Gélule à inhaler par jour pendant 3 mois

FOSTER AEROSOL

2 Bouffées le matin, 2 Bouffées le soir pendant 3 mois

DICYNONE COMPRIME 500 MG

1 Comprimé 3 fois par jour

VENTOLINE AEROSOL

2 Bouffées 4 fois par jour pendant 15 jours, puis 2 Bouffées à la

CEFICO 200 MG COMPRIME

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir pendant 8 jours

Lot 5 X 7 F - A
EXP 05 2024
45,30 DH
PPV

Lot 221371
EXP 04 24
PPV 170.00 DH

CEFICO
Cefixime trihydrate

Dr. ZAIDANE Sara
Pneumologue - Phtisiologue - Allergologue
Angle Bd Mohamed 5 et Omar Ibn El Khattab - Etage 3, N° 6 Berrechid
Tel: 0522035535 N° Urgence: 0649069584

Nom et prénom : **Mr EDDOUIK BOUCHAIB**

Facture

A la suite de la consultation du 27/04/2023, je présente à **Mr EDDOUIK BOUCHAIB**, suivant l'usage, ma note d'honoraires dont le détail se trouve ci-dessous :

Acte	Honoraires
Spirométrie	500 dhs

Dr. ZAIDANE Sara د. زيدان صارة
Pneumologue-Phtisiologue-Allergologue
Angle Bd Mohamed V et Rue Omar Ibn
El Khattab, Etage 3, N° 6 Berrechid
Tel: 0522035535 N° Urgence: 0649069584



Eddouik, Bouchaib

ID: 18/23

Age: 75 (01/01/1948)

Sexe Masculin Taille 176 cm
Ethnicité Caucasien Poids 69 kg IMC 22.3

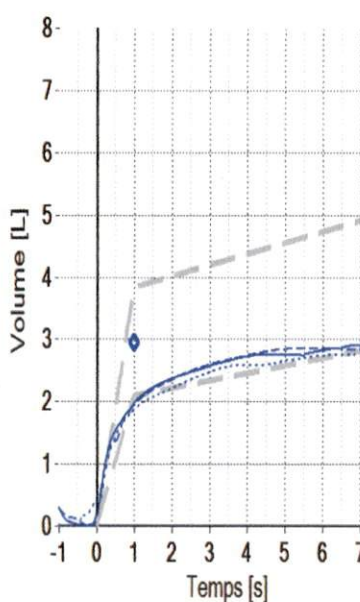
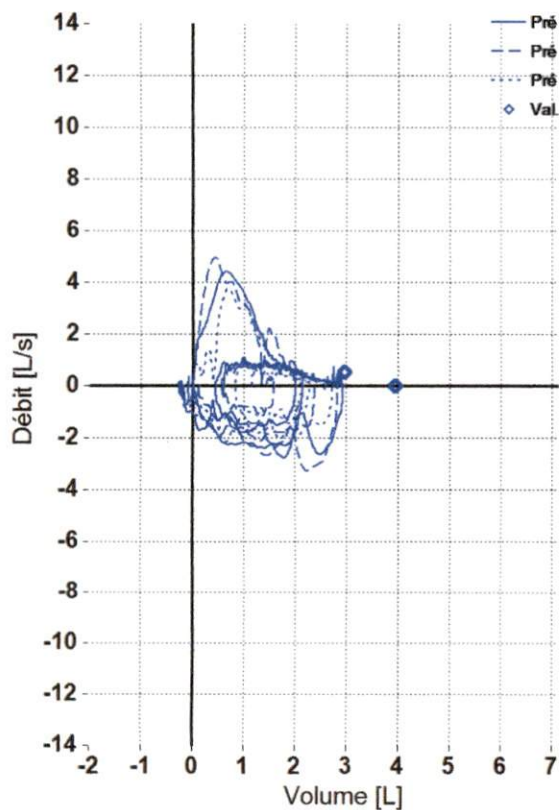
CV et BDV

Votre VEMS/théorique: 66 %

Date du test 27/04/2023 16:59:10 Interprétation GOLD(2008)/Hardie Sélection de valeur Meill. valeur
Heure post Val. théo. Quanjer (GLI), 2012 BTPS (insp/exp) 1,12/1,02

Pré

Paramètre	Théo.	LIn	Meilleur	Essai 2	Essai 3	Essai 1 %Théo.	Z
CVF [L]	3,95	2,89	2,94	2,94	2,85*	2,75*	74 -1,56
VEMS [L]	2,96	2,09	1,96*	1,96*	1,94*	1,86*	66 -1,90
VEMS/CVF [%]	75,3	61,2	66,5	66,5	67,9	67,7	88 -1,03
DEP [L/s]	-	-	5,00	4,43	5,00	3,77	- -
DEM75 [L/s]	-	-	4,30	4,30	4,02	3,75	- -
DEM50 [L/s]	-	-	1,26	1,26	1,72	1,56	- -
DEM25 [L/s]	0,56	0,19	0,38	0,38	0,36	0,31	68 -0,81
DEF25-75 [L/s]	2,18	0,90	1,13	1,13	1,15	1,06	52 -1,34



Dr. ZAIDANE Sara ريدان صارة
Pneumologue-Pharysiologue-Allergologue
Angle Bd Mohamed V et Rue Omar Ibn
El Khattab - Etage 3, N° 6 Berrechid
Tel:0622035535 N° Urgence:0649069584

Coopération : bonne

Interprétation : Courbe débit volume en faveur d'un trouble ventilatoire probable (CVF : 74%).