

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



Déclaration de Maladie

N° W21-770792

pay
courrier

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 1922 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ECATAZIJI MOHAMMED

Date de naissance :

04/06/1952

Adresse :

HAY AZHAR INMAF APP 54 AVENUE IBN KHAATIB

Tél. :

052 608397

Total des frais engagés

350, 00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Abdellmajid AZAROUAL
Spécialiste en Pneumo Physiologie
et Allergologie Respiratoire
et Allergologie Respiratoire
29, Av Chechaouni V.N - Fès
Tél : 05 35 94 38 38

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/05/2023, Fes

Nom et prénom du malade : N. Hammaoucha Fatima

Age : 66

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Visite de contrôle

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 : 03/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-770792

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 :

1922
ECATAZIJI

Nom de l'adhérent(e) :

350, 00

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre					
		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.

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	INP : <input type="text"/>													
				Coefficient des travaux <input type="text"/>													
				Montants des soins <input type="text"/>													
				Début d'exécution <input type="text"/>													
				Fin d'exécution <input type="text"/>													
	Determination du coefficient masticatoire				Coefficient des travaux <input type="text"/>												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		G		Montants des soins <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D																
B																	
G																	
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				Date du devis <input type="text"/>													
				Date de l'exécution <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



- Bronchoscopie
- Pathologie de la plèvre
- Allergie Respiratoire (Diagnostic et Traitement)
- Exploration Fonctionnelle Respiratoire

- الكشف الداخلي بالمنظار
- أمراض الغلاف الرئوي
- الحساسية الصدرية
- تشخيص وعلاج أمراض السل
- القياس الوظيفي للتنفس الرئوي

Fès : le 03/05/2023 فاس:

Facture

Nom : N. Hammoucha. Fatima

- Spirometrie (E.F.R) K30 350,00 DH

Arrêter la présente facture à la somme de :

trois cent cinquante dirhams

350,00 DH



Dr.ABDELMAJID AZAROUAL

Spécialité en Pneumophysiologie
Allergologie Réspirotoire
Tél:05 35 94 38 38 / 06 73 97 52 52

Nom : **FATIHA NHEMMOUCHA**

Taille: 160 cm

Age: 65 Ans

Date Naissance 06/01/1958

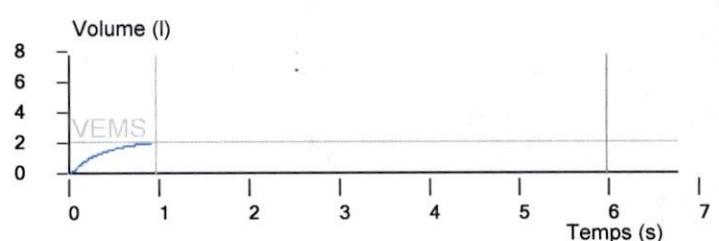
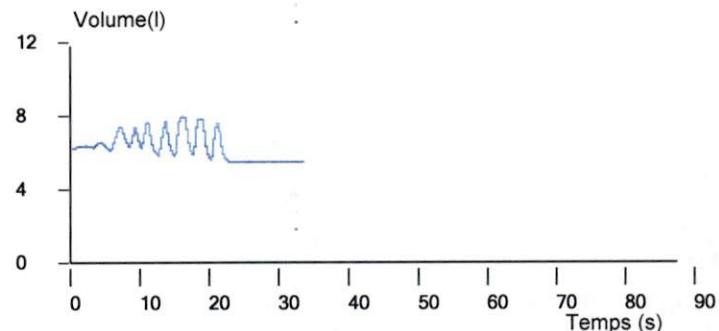
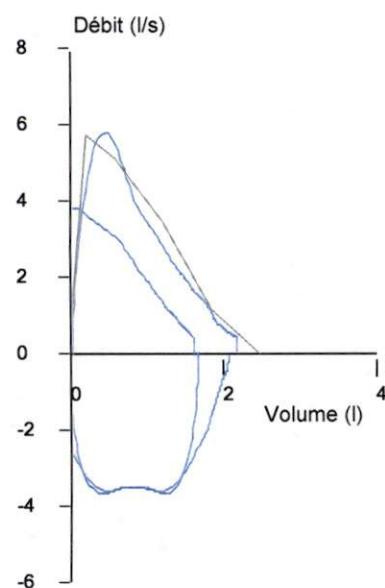
ID: **FATNHE06011958**

Poids: 98 kg

Genre: Féminin

BMI: 38,3 kg/m²

Medication:



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	ZScore	ZScore
CV	l	2,49	2,19	88	-0,70-	
CI	l	2,15	1,70	79		
VC	l		1,97			
VRE	l	0,71	0,49	68		

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	ZScore	ZScore
VEMS	l	2,10	2,15	102	0,13-	
CVFex	l	2,51	2,19	87	-0,73-	
VEMS/CVF	%	77	98+		3,16-	
DEP	l/s	5,74	5,81	101	0,08-	
DEM25	l/s	1,17	1,69	145	0,75	
DEM50	l/s	3,46	3,35	97	-0,09-	
DEM75	l/s	5,13	5,75	112	0,46-	
DEM 25-75	l/s	2,71	3,07	113	0,42-	
tex	s		1,6			

Commentaire:

Date: 03/05/2023
Temps: 17:22

Température ambiante:
Pression ambiante:
Humidité ambiante :

34 °C
970 hPa
18 %

Technicien :

Dr. ABDELMAJID AZAROUAL
Spécialité en Pneumophysiologie
Allergologie Réspirotoire
Tél: 05 35 94 38 38 / 06 73 97 52 52
Date: 03/05/2023
Temps: 17:22
Température ambiante: 34 °C
Pression ambiante: 970 hPa
Humidité ambiante: 18 %