

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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 à caractère personnel.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-793361

A 69075

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 7342	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHOUKI HASSAN			
Date de naissance : 27/02/1968			
Adresse : FLAT 02			
Tél. : 0661328052	Total des frais engagés : 2120,80 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	Cachet du médecin :		
Date de consultation : 23/03/2023	Nom et prénom du malade : Chouki Hassan		Age: 55
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : Moustache			
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
Signature de l'adhérent(e) : Le : 30/03/2023.

BELEVE 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
13.03.83 (cst)			300.00	INP : 091024112517
18.05.83 (cst)			97	

EXÉCUTION DES ORDONNANCES

EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
36, Boulevard du 9 Avril 2017 Casablanca Tel: 0522 21 23 03 Aciedutoutre@gmail.com	21/03/2017	32.05

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	
	23.02.25	(EFQ)			600.00

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 cancéreux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : 
				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			
	H			Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	25533412	21433562		
	00000000	00000000		
	D	G		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
	I	B		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CABINET DE PNEUMOLOGIE
D'ALLERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL

Dr Zineb Berrada



Prevenar 13®
suspension injectable PPV : 760,00 DH

s Respiratoires
meil

é de Médecine Paris Diderot
Médecine Paris Descartes
sociation G-echo, Paris France
e Pitie Salpêtrière Paris-France
Casablanca

6 118001 171057



عيادة أمراض الجهاز التنفسي
الحساسية والنوم والشيخوخة
الدكتورة زينب بربادة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي
وأمراض النوم والشيخوخة

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب بباريس ديدرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب بباريس ليكارت
طبية سابقة بمستشفيات باريس يتي سالبوري و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le : 23/03/2023

MR CHOUKI HASSAN

• Prevenar 13 - suspension injectable

1 injection en sous-cutané à faire dans 1 mois et demi

• Pneumovax 23

1 injection en sous-cutanée 2 mois après le prevenar 13

• Tiova

1 Gélule, matin, pendant 3 mois

• Revolizer

à utiliser uniquement avec cipla rotacaps®

revolizer

à utiliser uniquement avec cipla rotacaps®

Cipla Maroc

99326851

PPV: 50 DH 00

PPV: 161 DH 80

GTIN 18901117253435 S/N 76323994949587

LOT BA350501 EXP 06/12/2024

S/N 46403542170135

PPV: 161 DH 80

GTIN 18901117253435 S/N 60172440512504

LOT BA22144 EXP 01/12/2024

S/N 46403542170135

PPV: 161 DH 80

GTIN 18901117253435 S/N 60172440512504

LOT BA22144 EXP 01/12/2024

S/N 46403542170135

El Mansour
22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca
22 شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث ، مكتب رقم 27 الماري، الدار البيضاء
Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumologiesommeil@gmail.com

CABINET DE PNEUMOLOGIE
D'ALLERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL

Dr Zineb Berrada

Spécialiste des Maladies Respiratoires
et des troubles du sommeil

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot
DU d'imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris-France
et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca



عيادة أمراض الجهاز التنفسى
الحساسية والنوم والشيخوخة
المستورة زينب بربادة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسى
وأمراض النوم والشيخوخة

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب بباريس بيرو
شهادة تصوير الصدر كلية الطب بباريس بيكرارت
شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للشخص بالصدى بباريس
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس ينفي سالبزيبار و مستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le :
23/03/2023

MR CHOUKI HASSAN

Radiographie du thorax : Face

Distension thoracique

Opacité fusciforme droite en rapport un épanchement scissural

Silhouette cardio-vasculaire est normale

Culs-de-sac pleuraux sont libres

Pas d'anomalie évidente du cadre osseux.



Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

22 شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث ، مكتب رقم 27 المعارض، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumologiesommeil@gmail.com

Casablanca 23/03/2023

FACTURE

A la suite de la consultation du 23/03/2023 de M CHOUKI HASSAN
je présente la facture dont détail se trouve ci-dessous :

ACTE :	MONTANT
RADIO THORAX	200.00DH
SPIROMETRIE	600.00DH

Merci de votre confiance

Dr. El Mansour
Pneumologue
Rés. El Jazira 1219 Casablanca
Télé: 0524 22 70 10
Fax: 0524 22 70 10



CABINET D'EXPLORATIONS FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES

PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE SOMMEIL

DR ZINEB BERRADA

22 BD Yaacoub El Mansour, N°27, Mâarif, Casablanca Tel, 0522981219

Nom : Hassan Chouki

Taille: 166 cm Age:

55 Ans

Date Naissance: 27/02/1968

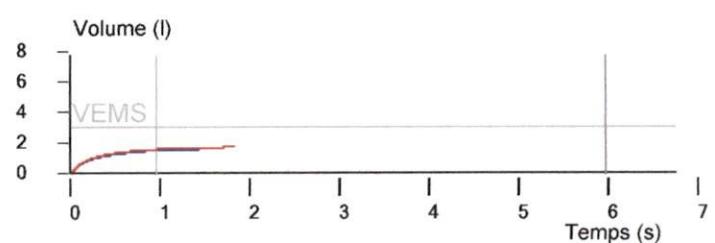
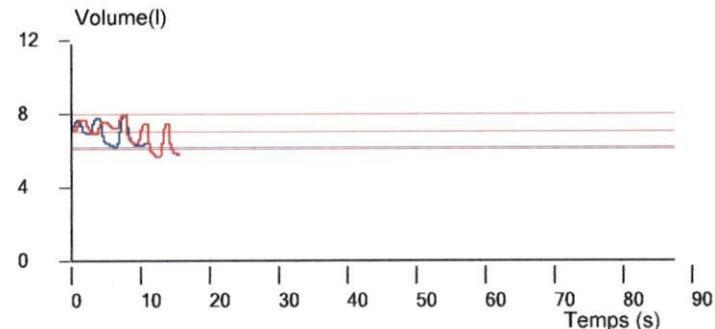
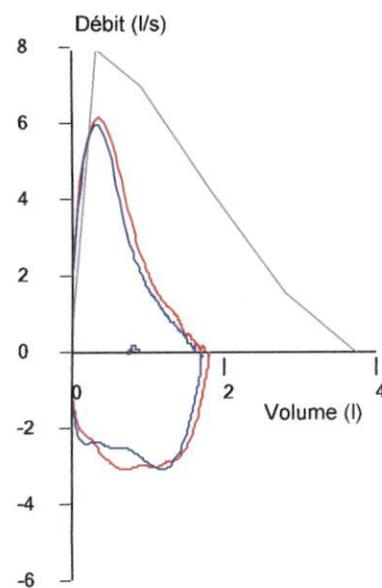
Poids: 74 kg Genre:

Masculin

BMI:

ID: HasCho27021968

Medication: Post: Salbutamol



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	3,94	1,76	45	1,85	47	5	● ●
CI	l	2,89	0,90	31	0,86	30	-4	● ●
VC	l		0,23		0,12		-48	● ●
VRE	l	1,13	0,86	76	0,99	87	15	● ●

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	3,05	1,59	52	1,66	54	4	● ●
CVFex	l	3,79	1,66	44	1,79	47	8	● ●
VEMS/CV	%	77	96		93		-3	● ●
DEP	l/s	7,98	6,02	75	6,20	78	3	● ●
DEM25	l/s	1,56	1,09	69	1,16	74	6	● ●
DEM50	l/s	4,24	2,66	63	2,88	68	8	● ●
DEM75	l/s	7,00	5,94	85	6,12	87	3	● ●
DEM 25-75	l/s	3,56	2,61	73	2,75	77	5	● ●
tex	s		1,7		1,9		12	● ●

Commentaire: Bonne coopération:

Trouble ventilatoire obstructif modéré diffus non réversible sous B2mimmétiques.

Date: 23/03/2023
Temps: 14:24Température ambiante:
Pression ambiante:
Humidité ambiante :23 °C
999 hPa
50 %

Technicien: