

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

M22- 0049007

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 545 Société : 164344
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MASROUR Abderrazak
 Date de naissance : 28/01/45
 Adresse : 32, Bd Kennedy Casa
 Tél. : 0661 29 09 69 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 1/6/2023
 Nom et prénom du malade : NELKOURAR Senad Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Genre respiratoire
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 : Casa
 Signature de l'adhérent(e) :
 07 JUN 2023
 ACCUEIL
 I. BOUDJACANE

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
16/05	K30		600 DH	

Professionnel
Abdelaziz Aïme
 Praticien - Allergologue - Cardiologue
 40 Rue des Abolisseurs de l'Esclavage
 Tél: 022 22 51 03 / 03 34 08 51
 Int: 03 34 03 121

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
[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

Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en pneumologie-Allergologie

Cabinet des explorations pneumologiques et allergologiques

Asthme et Maladies Allergiques tests cutanés Allergologiques

Désensibilisation Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Bronchoscopie Thoracoscopie Sevrage tabagique



الدكتور عبد العزيز عيشان

أستاذ جامعي سابقا بكلية الطب

و مستشفى 20 غشت الدار البيضاء

أخصائي في أمراض التنفس و الحساسية

الضيق و أمراض الحساسية خاليل الحساسية العلاج المناعي
تشخيص الوظائف التنفسية تشخيص الشخير الإقلاع عن التدخين

Casablanca, le : 11/01/2025

gkour Savab

Facture

Reçu pour la
6000 par la
pratique de la Spirométrie
(1230)

Professeur
Abdelaziz AICHANE
Pneumo-Allergologie
40, Rue des Hôpitaux Casablanca
Tél: 05 22 22 03 03 / GSM: 06 51 72 82 00
INPE: 091035121

40, شارع المستشفيات, الطابق الأول, رقم 5 قبالة مصلحة 28 - مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء

40, Rue des hôpitaux. 1er étage N°5 en face pavillon 28 - hôpital Ibnou Rochd - Casablanca

الهاتف : 05 22 22 03 03

Professeur Abdelaziz AICHANE

Spécialiste en Pneumologie-Allergologie

Exploration Fonctionnelle Respiratoire

40 Rue Hopitaux 1er étage n°5 Tél: 0522220303

Date: 01/06/2023

Temps: 11:06

Température ambiante: 24 °C

Pression ambiante: 1010 hPa

Humidité ambiante: 63 %

Technicien :

Nom : **Souad Mekouar**

Taille: 152 cm

Age: 67 Ans

Date Naissance: 28/07/1955

ID: **1SouMek28071955**

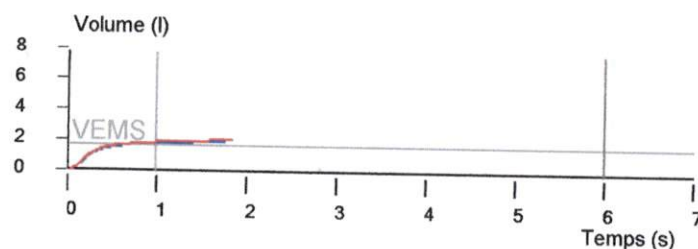
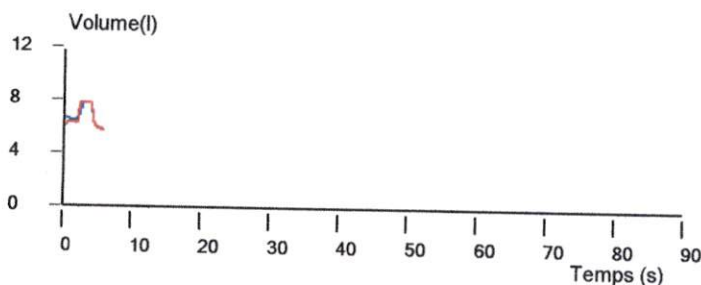
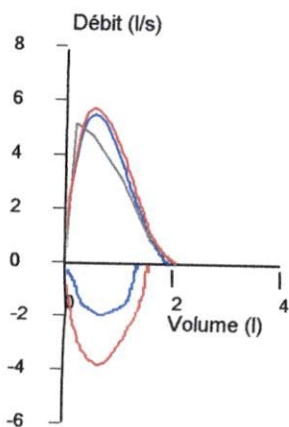
Poids: 89 kg

Genre: Féminin

BMI: 38,5 kg/m²

Medication:

SPIROMETRIE



Paramètre	Unité	LLN	Ref	ULN	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	1,37	2,06	2,75	1,96	95	2,08	101	6	
CI	l		1,80		1,37	76	1,56	87	14	
VC	l				0,48		0,26		-46	
VRE	l		0,65		0,59	90	0,51	79	-14	
Paramètre	Unité	LLN	Ref	ULN	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	1,10	1,73	2,35	1,86	108	1,93	112	4	
CVFex	l	1,39	2,10	2,81	1,96	93	2,08	99	6	
VEMS/CVF	%	66	76	87	95		93		-2	
DEP	l/s	3,76	5,24	6,72	5,57	106	5,80	111	4	
DEM25	l/s	-0,10	1,03	2,17	1,63	159	1,46	141	-10	
DEM50	l/s	1,40	3,21	5,02	4,27	133	4,32	135	1	
DEM75	l/s	2,60	4,82	7,04	5,53	115	5,79	120	5	
DEM 25-75	l/s	1,14	2,54	3,94	3,55	140	3,49	137	-2	
tex	s				1,9		1,9		0	

Commentaire: Exploration Fonctionnelle Respiratoire Normale

Professeur Abdelaziz AICHANE

Professeur
Abdelaziz AICHANE
Pneumologie-Allergologie
40 Rue des Hopitaux Casablanca
Tél: 0522220303 / 0522220303
IMPE: 091035121