

# 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 des données à caractère personnel.

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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

**Déclaration de Maladie**  
**M23-010876**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 428 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BABA Mohamed 180182  
 Date de naissance : 15.11.44  
 Adresse : Hay oufja Rue 12 N°6  
 Tél : 06 74 15 85 66 Total des frais engagés : 2025,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/10/2023  
 Nom et prénom du malade : M. BABA Mohamed Age:  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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 : .....

Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

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                                |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 09/10/23        | CS                |                       | GRATUIT                         | Dr. LAABOUDI L. Pneumologue<br>Tél: 05 22 25 25 29<br>ICE: 002191091000067<br>INPE: 091021764 |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|--|------|-----------------------|

09/10/23 1525,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

10/9/23 500 Dh  
S. CHALAK Haj Nassef  
Docteur en Pharmacie  
Tél: 05 22 25 25 29  
ICE: 002191091000067  
INPE: 091021764

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

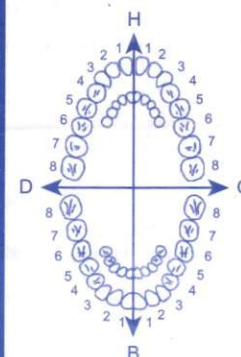
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 |
|----------------|------------------|-------------|
|----------------|------------------|-------------|



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS 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        |          |  |

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# Cabinet de Pneumologie

## عيادة أمراض الجهاز التنفسي

Docteur Latifa LAABOUDI - EL BAKKALI  
Diplômée de

LOT: GB2162  
PER: 08/2024  
PPV: 185 DH

LOT: GB21772  
PER: 09/2024  
PPV: 185 DH 00

الدكتورة لطيفة الصودي - البقالي

خريجة كلية الطب بباريس

رئيسة قسم أمراض السل بمستشفى

20 غشت سابقا

ربة داء السل

مخالطة أنفا سابقا

حساسية

LOT BA31455  
EXP 11/2024

PPV: 161 DH 80

LOT: GB21772  
PER: 09/2024  
PPV: 185 DH 00

09/10/23 في

LOT BA31455  
EXP 11/2024

PPV: 161 DH 80

LOT BA31455  
EXP 11/2024

PPV: 161 DH 80

LOT BA31455  
EXP 11/2024

PPV: 161 DH 80

LOT BA31455  
EXP 11/2024

PPV: 161 DH 80

LOT BA31455  
EXP 11/2024

PPV: 161 DH 80

Dr. LAABOUDI  
Pneumologie  
Tél: 05 22 25 29  
ICE: 00219 109100067  
INPE: 09102

PHARMACIE AL OUARD  
S. CHALAK Haj Nasser  
Docteur en Pharmacie  
55, Av. Oued Sebou - El Oufra  
Tél / Fax : 05 22 80 53 45

laaboudilatifa@gmail.com - البريد الإلكتروني - 05 22 25 25 29 - الهاتف - يقرب مقاطعة المعاريف - المعاريف - زنقة أبو الصلت الأندلسي، المعاريف - 98

98, Rue Abou Salt Al Andaloussi Maarif (à côté Arrondissement Maarif) - Tél : 05 22 25 25 29 - E-mail : laaboudilatifa@gmail.com

ICE : 00219 1091000067 - CNSS : 7173579



# Cabinet de Pneumologie

## عيادة أمراض الجهاز التنفسي

Docteur Latifa LAABOUDI - EL BAKKALI

Diplômée de la Faculté de Paris

Ancien Chef de service Phtisiologie 20 Août

Ancien responsable du programme de

Lutte Antituberculeuse et Maladies

Respiratoires à Casa-Anfa

Tuberculose - Asthme - Allergies Respiratoires

Spirométrie

الدكتورة لطيفة العبودي - البقالي

خريجة كلية الطب بباريس

رئيسة قسم أمراض السل بمستشفى

20 غشت سابقا

مسؤولة على برنامج محاربة داء السل

و أمراض الجهاز التنفسي بعمالة أنفا سابقا

السل - الضيقة - الحساسية

Casablanca, le 09.10.2023... في الدار البيضاء،

M. BABA  
No Rameal

Facture

Spirométrie avec test de  
réversibilité aux  $\beta_2$  mimétiques

500 dh

Cinq Cent dix-huit

Dr. LAABOUDI. L  
Pneumologue  
Tél: 05 22 25 25 29  
ICE: 00219 1091000067  
INPE: 091022764





## Rapport de la fonction respiratoire - POST bronchodilatateur

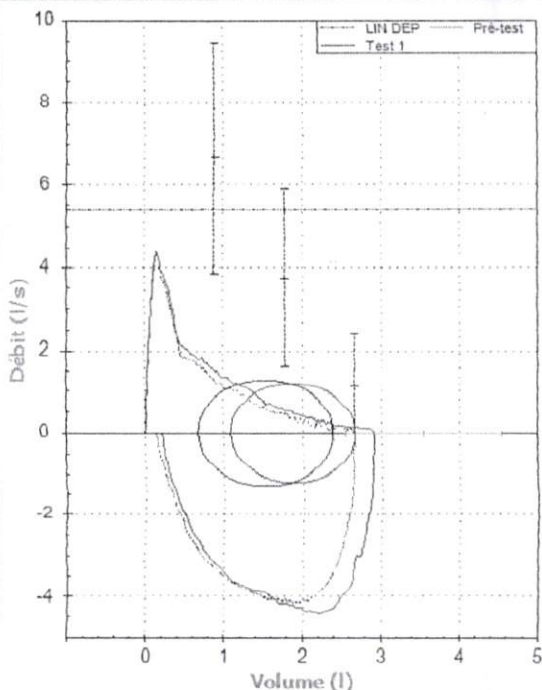
## Informations concernant le sujet

ID : 135/2023 Autre ID :  
 Nom : Baba Prénom : Mohamed 2e prénom :  
 Groupe : CAUCASIEN Sexe : Masculin Date de naissance : 15/11/1944  
 ethnique :  
 Âge : 78 Taille : 172 cm Poids : 76,0 kg  
 IMC : 25,7

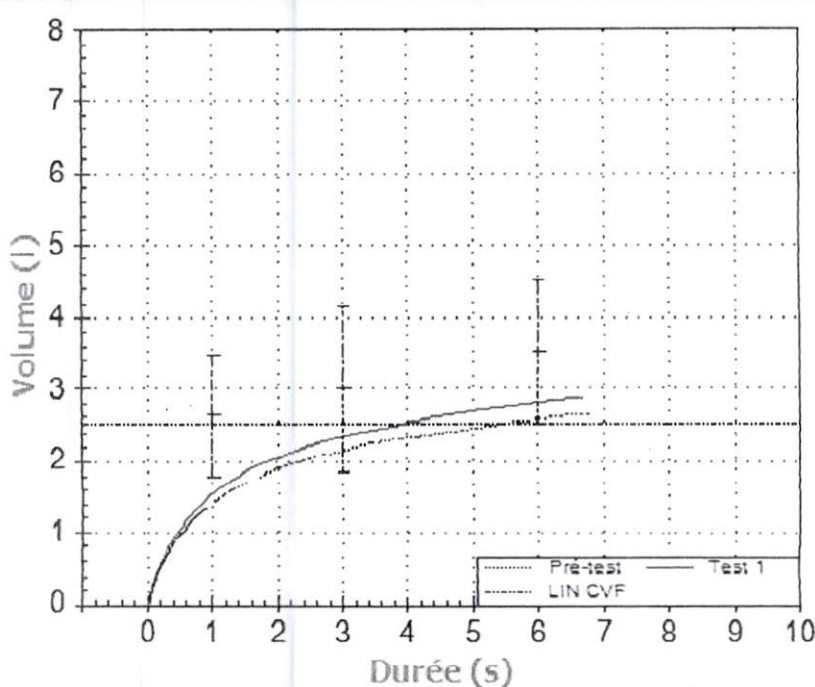
## Informations concernant la session de tests

Date du test : 09/10/2023 11:23 Appareil : ALPHA Touch Numéro de série : 35488  
 Nombre de tests : 1 Contrôle : 06/07/2021 07:55 Utilisateur : Administrateur  
 Valeurs prédites : ERS 93 Facteur prédit : 100% Posture : Assis  
 Date du test pré : 09/10/2023 11:00 Jour(s) Pré-Post : 0

Graphique débit-volume



Graphique volume-temps



## Résultats

| Paramètre      | Préd. | LIN  | Meilleur test Pré | % Pré Préd | Meilleur test Post | % Post Préd. | % Pré Post | Test 1 |
|----------------|-------|------|-------------------|------------|--------------------|--------------|------------|--------|
| CVF (l)        | 3,54  | 2,54 | 2,66              | 75         | 2,91               | 82           | 9,4        | 2,91   |
| VEMS (l)       | 2,64  | 1,80 | 1,44*             | 55         | 1,56*              | 59           | 8,3        | 1,56*  |
| Rapport VEMS   | 0,73  | 0,61 | 0,54*             | 74         | 0,54*              | 74           | 0,0        | 0,54*  |
| VEM6 (l)       | 3,54  | 2,54 | 2,57              | 73         | 2,83               | 80           | 10,1       | 2,83   |
| DEP (l/min)    | 442   | 323  | 260*              | 59         | 274*               | 62           | 5,4        | 274*   |
| DEM25-75 (l/s) | 2,68  | 0,97 | 0,65*             | 24         | 0,70*              | 26           | 7,7        | 0,70*  |

Valeurs à BTPS, \*Sous la limite inférieure normale (LIN)

## Informations sur la qualité et la répétabilité de la session

| Session | Qualité de la session | Rép. CVF :    | Rép. VEMS :   | Début du test lent | Fin du test Critères non remplis | Toux détectée pendant la première seconde |
|---------|-----------------------|---------------|---------------|--------------------|----------------------------------|---|
| Pré     | D                     | 0,04 l (1,5%) | 0,01 l (0,7%) | 0 respiration(s)   | 0 respiration(s)                 | 1 respiration(s)                          |
| Post    | D                     | -             | -             | 0 respiration(s)   | 0 respiration(s)                 | 0 respiration(s)                          |

## Interprétation suggérée par l'ordinateur

Les interprétations informatiques ne sont pas fiables pour un diagnostic. PRÉ : Restriction légère. Obstruction modérée des voies respiratoires. POST : Obstruction modérée des voies respiratoires. Aucune réponse significative.

Coopération bonne  
 Trouble respiratoire obstructif, modéré, stable  
 pas de réversibilité sig / 3 manœuvres