

## 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'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M23-0019703

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7761 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : YAQOUBI LATIFA

Date de naissance : 03/01/1963

Adresse :

Tél. : 0613627614 Total des frais engagés : 1900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 24/11/2023

Nom et prénom du malade : M. YAQOUBI Latifa Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : PID chronique

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 Rabat Le : 28/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :



## 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
24/11/2023	Service d'admission	1	6	

Dr. BENAMOR  
Spécialiste en Pneumologie  
INPE 199924  
Hôpital #11 Kh Zaid

## 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

AM

PC

IM

IV

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 :

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 <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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="0"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le 24. 11. 2023

Docteur .....

M. YACOUBI de la

Pneumologie /  
DLCu.

7



Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaïd

Hôpital Universitaire International

Service Admission/Facturation



المملكة المغربية  
مستشفى الشيخ زايد  
مستشفى جامعي دولي

Quittance N°

2943018

IPP : 224 773 N° de dossier : A234200617

DI : 3 362 516

Patient : YAQOUBI LATIFA

Montant : 1 900,00 Dh (mille neuf cents et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 28/11/2023

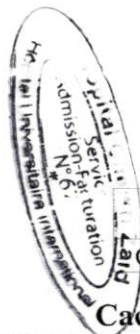
Description : DLCO+PLÉTHYSMOGRAPHIE

Medecin : E0421 BENAMMOUR JOUDA

Motif : HOPITAL DE JOUR

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 1

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 2239620







## LISTING DES PRESTATIONS

N° DE FACTURE : 2023/P/147376 MODALITE DE PAIEMENT : CLIENTS PAYANTS  
IPP : 224773 DATE ENTREE : 28/11/2023  
N ° DOSSIER : A234200617 DATE SORTIE : 28/11/2023  
NOM & PRENOM : YAQOUBI LATIFA DATE FACTURATION : 28/11/2023

DESIGNATION DES PRESTATIONS	PRIX UNITAIRE	NOMBRE	MONTANT DH
<b>ACTES</b>			
DLCO	1 000,00	1,00	1 000,00
PLÉTHYSMOGRAPHIE	900,00	1,00	900,00
<b>TOTAL ACTES : 1 900,00</b>			

<b>Honoraires Medecins</b>			
<b>BENAMMOUR JOUDA</b>			
DLCO	340,00	1,00	340,00
PLÉTHYSMOGRAPHIE	370,00	1,00	370,00
<b>TOTAL BENAMMOUR JOUDA :</b>			<b>710,00</b>
<b>TOTAL Honoraires :</b>			<b>710,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de mille neuf cents et xx / 100	Total général :	1 900,00
Total encaissement :	1 900,00	Solde 0,00

Les montants affichés sur cette facture sont en MAI





Rabat, le 09-01-2024.

Docteur .....

M<sup>me</sup> YA Goubi delif

Exploration  
respiratoire

merci

Dr. BENAMOR :  
Spécialiste en Pneum.  
INPE 1010042  
Hôpital Cheikh Zaïd



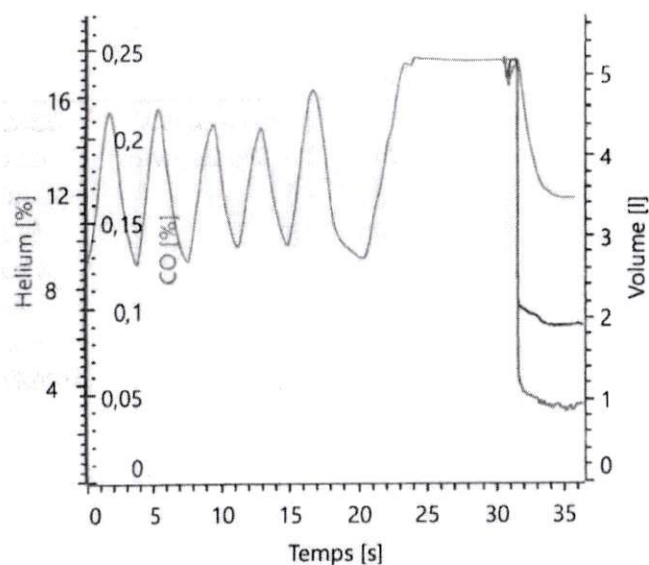
Nom YAQOUBI Âge 60 Ans Médecin PR JOUDA  
Prénom LATIFA Taille 162,0 cm  
Né le 03/01/1963 Poids 91,0 kg  
ID patient IPP224773 Genre Féminin

Mesuré : 28/11/2023 12:56 LFX 1.8.3

Ambiance: 20,4 °C 1076 hPa 50 %

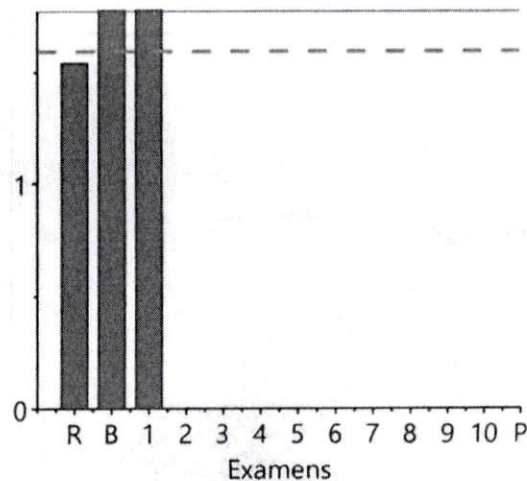
28/11/2023 12:57 LFX 1.8.3

Prédictions: ECCS93



Tous les critères ATS/ERS respectés? ☒

KCO [mmol/min/kPa/L]



		Réf	Pre	% Réf	Z-Score
DLCO	[mmol/min/kPa]	7,57	8,64	114 %	0,9 ■
KCO	[mmol/min/kPa/L]	1,54	1,77	115 %	0,4 ■
VA	[L]	4,75	4,88	103 %	
CPT	[L]	4,90	4,99	102 %	0,1
CV in	[L]	2,83	2,46	87 %	-0,9 ■
VR	[L]	1,89	2,53	134 %	1,8 ■
CRF	[L]	2,69	2,78	103 %	0,2 ■
VR/CPT	[%]	39,36	50,76	129 %	2,0 ■

Dr. BENAMOR Jouhad  
Spécialiste en Pneumologie  
Hôpital Cheikh Zaïd  
101100024

Explanatoire  
normal





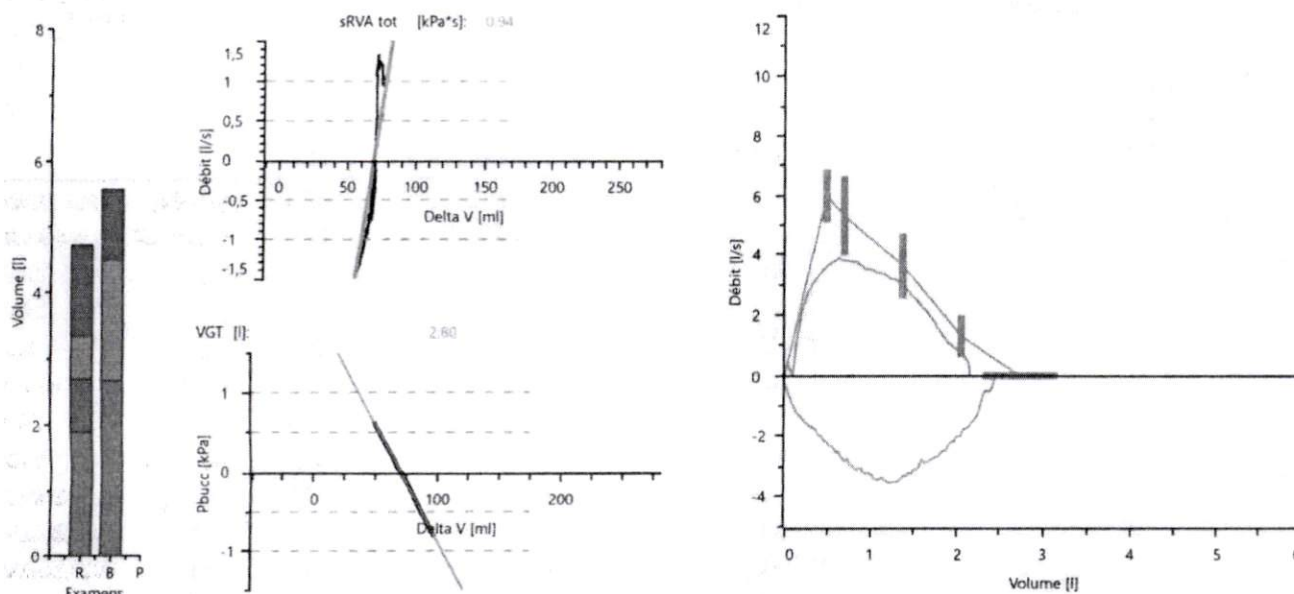
Nom YAQOUBI Âge 60 Ans Médecin PR JOUDA  
Prénom LATIFA Taille 162,0 cm  
Né le 03/01/1963 Poids 91,0 kg  
ID patient IPP224773 Genre Féminin

Mesuré : 28/11/2023 12:46 LFX 1.8.3

Ambiance: 20,2 °C 1076 hPa 50 %

28/11/2023 12:50 LFX 1.8.3

Prédictions: ECCS93



		Réf	Pre	% Réf	LLN	Z-Score
sRVA tot	[kPa*s]	0,96	0,94	98 %	0,96	
RVA tot	[kPa*s/L]	0,30	0,34	112 %	0,30	
VGT	[L]	2,69	2,80	104 %	1,87	0,2
VRE	[L]	0,80	0,00	0 %	0,80	
VR	[L]	1,89	2,67	141 %	1,32	2,2
CV in	[L]	2,83	2,44	86 %	2,14	-0,9
CPT	[L]	4,90	5,57	114 %	3,91	1,1
CVF	[L]	2,73	2,14	79 %	2,02	-1,4
VEMS	[L]	2,30	2,14	93 %	1,68	-0,4
VEMS/CVin	[%]	77,70	87,82	113 %	67,02	1,6
VEMS/CVF	[%]	77,70	99,91	129 %	67,02	3,4
DEM25	[L/s]	1,31	2,20	168 %	0,18	1,3
DEM50	[L/s]	3,63	3,39	93 %	1,82	-0,2
DEM75	[L/s]	5,32	3,69	69 %	3,10	-1,2
DEP	[L/s]	6,00	3,87	65 %	4,52	-2,4

Dr. BE...  
Spécialiste  
Hôpital Cheikh Zaïd