

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.
- Les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



194180 Déclaration de Maladie

W21-839236

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2708 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : KHATMI ABDULLAH
 Date de naissance : 08/02/1958
 Adresse :
 Tél : Total des frais engagés : 1800,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 30.01.2024
 Nom et prénom du malade : EL-GHANNI ATIK Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie :
 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : 07/02/2024

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
30.01.24	(EPR)		900	

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
		AM	PC	IM	IV	
	30.01.24					600.00
	30.01.24					1200.00

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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <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>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION						
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D	G																								
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
	<table border="1"> <tr> <th>[Création, remont, adjonction]</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>				[Création, remont, adjonction]	Montant des Honoraires	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
	[Création, remont, adjonction]	Montant des Honoraires																							
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

Facture N°: 2208

Date : 30/01/2024
Bénéficiaire : Mme El-Goumri Atika
Mme EL-GOUMRI ATIKA

Tél: 0670-638978
Email:
Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 30/01/2024				
DLCO	DLCO	1	1 200,00	1 200,00
EFR	EFR Spirométrie K30	1	600,00	600,00
Total				1 800,00

Arrêté le présent document à la somme de :
mille huit cents dirham(s)

Dr. Zineb BERRA
Pneumophthisiologue
22, Bd. Yaâcob El Mansour
Rés. Espace Yaâcob El Mansour
Tél.: 0522 98 12 19 - Casablanca



CABINET D'EXPLORATIONS FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES

PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE SOMMEIL

DR ZINEB BERRADA

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

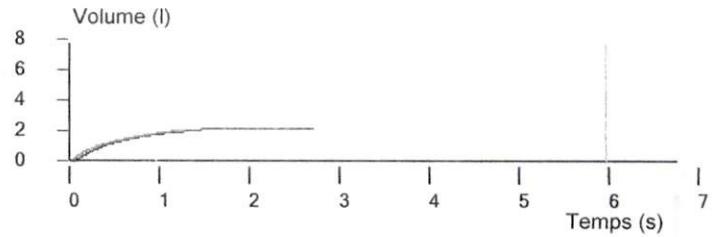
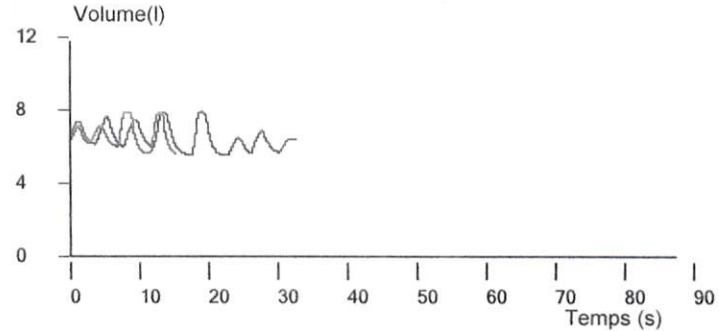
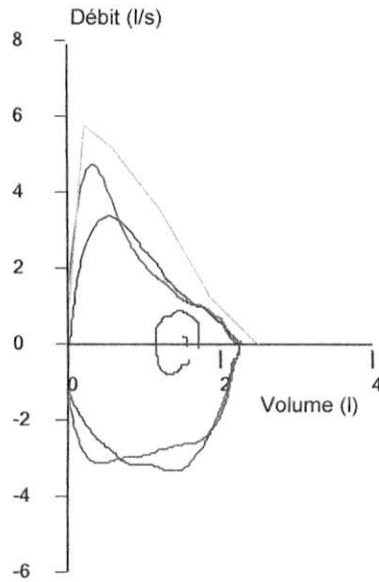
Nom : **Atika El gouri**

Taille : 158 cm Age : 60 Ans Date Naissance : 09/09/196

ID : **AtiEl 09091963**

Poids : 81 kg Genre : Féminin BMI : 32,4 kg/m

Medication : Post: Salbutamol



Paramè...	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	2,52	2,39	95	2,31	92	-3	
CI	l	2,07	2,28	110	1,70	82	-25	
VC	l		1,41		0,96		-32	
VRE	l	0,78	0,10	13	0,61	79	510	

Paramè...	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	2,14	1,96	91	1,95	91	-1	
CVFex	l	2,55	2,32	91	2,30	90	-1	
VEMS/C...	%	78	84		85		1	
DEP	l/s	5,78	3,39	59	4,78	83	41	
DEM25	l/s	1,27	1,05	83	1,07	84	2	
DEM50	l/s	3,53	2,28	64	1,89	53	-17	
DEM75	l/s	5,19	3,39	65	4,09	79	21	
DEM 25...	l/s	2,86	2,11	74	2,02	71	-4	
tex	s		3,5		3,2		-9	

Commentaire:

Bonne coopération:

- Coube débit volume normale.

- Leger trouble de la diffusion alvéolo-camillaire DLCO à 74% vs 69% (26/04/2023).

Date: 30/01/2024

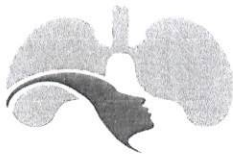
Température ambiante: 23 °C

Temps: 10:12

Pression ambiante: 999 hPa

Humidité ambiante: 50 %

Technicien



CABINET D'EXPLORATIONS FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES

PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE SOMMEIL

DR ZINEB BERRADA

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

Nom : **Atika El goumri**

Taille: 158 cm Age

60 Ans

Date Naissance: 09/09/1964

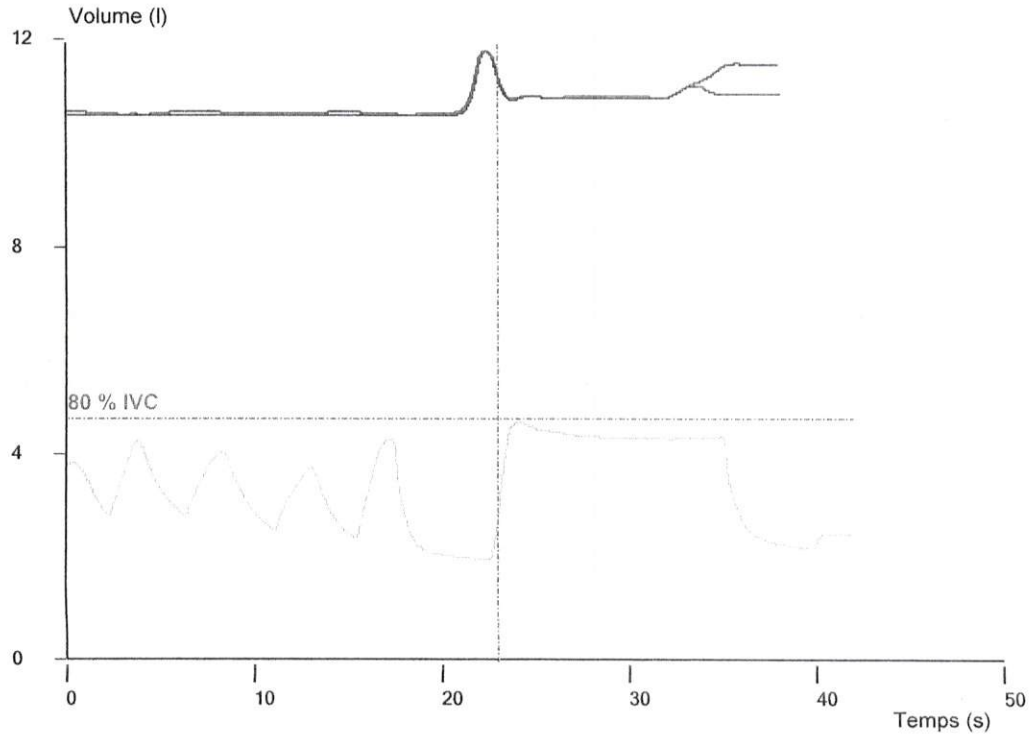
ID: **AtiEl 09091963**

Poids: 81 kg Genre:

Féminin

BMI: 32,4 kg/m²

Medication:



Paramètre...	Unité	Ref	Pré	%Ref	ZScore
TLCO	mmol...	7,23	5,32	74	●
KCO	mmol...	1,56	1,67	107	●
CRF	l	2,60	1,14	44	●
VR	l	1,82	0,73	40	●
VR/CPT	%	39	23	60	●
CPT	l	4,64	3,12	67	●

Commentaire:

Bonne coopération:

- Courbe débit volume normale.

- Léger trouble de la diffusion alvéolo-capillaire DLCO à 74% vs 69% (26/04/2023).

Date: 30/01/2024

Temps: 10:15

Température ambiante: 23 °C

Pression ambiante: 999 hPa

Humidité ambiante: 50 %

Technicien: