

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-705269

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11087 Société : R.A.M.

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : EL MOURCHIN HABINA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0644488169 Total des frais engagés : 2629,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18.01.2024

Nom et prénom du malade : F. H. BERNARDINI

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

Nature de la maladie : Affection chronique

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) : ACCUEIL

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
18/10/2012	CS		3000	INF : 1056572
18/10/2012	CS		2000	
18/10/2012	CS		6000	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Prescripteur	Date	Montant de la Facture
	18/01/24	1429,70

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

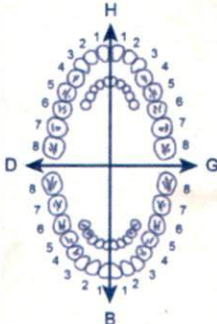
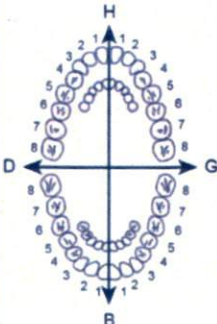
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	INP : <input type="text"/>														
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca le :18/01/2024

FILLE BENDAHOU NIHAL

206,00 X3
• **Flowair 5 mg**

1 cp le soir 3 mois à croquer

149,70
• **zerostatVT spacer**

140,00 X3
• **Safli 125 µg**

2 dose matin et soir 3 mois

42,20
• **ventoline aérosol**

2 bouffées matin midi soir coucher 5 jours

40,00
• **Effipred 20 mg**

2 cp le matin 5 jours

160,00
• **Claril 500 mg**

1 / 2 cp matin, soir, pendant 10 jours

1429,70

Dr Rachid EL KHETTAR
Pneumologue
175, Rue Boukraa - Casablanca
Tél: 0522 49 23 75 - INPE: 091056572
ICE: 001584533000041

PHARMACIE HIB
Dr. Houssein CHAFRY
31 Bis - Boukraa - Casablanca
Tél: 0522 94 98 34 / 0522 39 34
Fax: 0522 94 98 34

Résidence Houssam Jassim

175, Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3^{ème} Etage - Casablanca

Tél.: 0522 49 23 75 - 0675 35 24 35

E-mail : pneumorek@gmail.com

Casablanca le :18/01/2024

Note d'honoraire

FILLE BENDAHOU NIHAL

Acte	QTE	Honoraire
Consultation	1	350,00 Dh
EFR SPIROMETRIE K30	1	600,00 Dh
Radiologie thoracique Z12	1	250,00 Dh
Total		1 200,00 Dh

Arrêté la présente facture à la somme de :
mille deux cents dirham(s)

Docteur Rachid EL KHETTAR
Pneumologue - Casablanca
175, Rue Boukraa
Tél: 05 22 49 23 75 - INPE: 091068372
ICE: 001584533000041

Résidence Houssam Jassim

175, Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3^{ème} Etage - Casablanca

Tél.: 0522 49 23 75 - 0675 35 24 35

E-mail : pneumorek@gmail.com

Cabinet Dr EL Khettar Rachid

Pneumologie allergologie somnologie
175 rue boukraa Casablanca bourgogne
Tel: 0522492375 0675652435

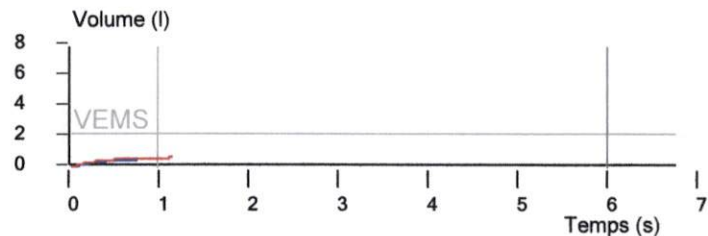
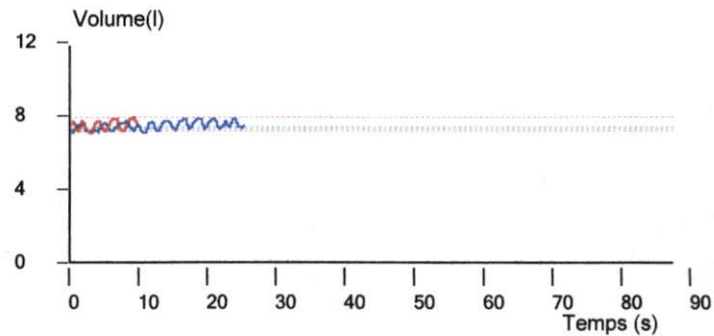
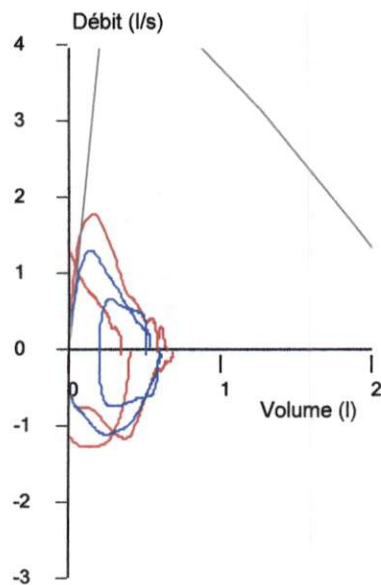
Nom : **Nihal Bendahou**

Taille: **147 cm** Age: **10 Ans** Date Naissance: **06/05/2013**

ID: **NihBen06052013**

Poids: **35 kg** Genre: **Féminin** BMI: **16,2 kg/m²**

Medication: **Post: Salbutamol**



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	2,61	0,61	23	0,69	26	13	
CI	l	1,76	0,54	31	0,70	40	30	
VC	l	0,44	0,52	120	0,62	141	19	
VRE	l	0,88	0,07	8	-0,01		-114	

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	2,17	0,54	25	0,64	29	19	
CVFex	l	2,53	0,54	21	0,65	25	20	
VEMS/CVF	%	86	100		98		-2	
DEP	l/s	5,06	1,33	26	1,81	36	36	
DEM25	l/s	1,63	0,57	35	0,51	31	-11	
DEM50	l/s	3,18	1,00	32	1,18	37	18	
DEM75	l/s	4,49	1,32	29	1,81	40	37	
DEM 25-75	l/s	2,80	0,97	35	1,08	39	11	
tex	s		0,9		1,2		33	

Commentaire:

Date: **18/01/2024**

Temps: **15:06**

Température ambiante: **22 °C**

Pression ambiante: **1014 hPa**

Humidité ambiante: **59 %**

Technicien:

Dr Rachid EL KHETTAR
Pneumologie
175 Rue Boukraa
Casablanca
Tel: 05 22 49 23 75
06 75 65 24 35

PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE

Compte Rendu

Opacité para cardiaque gauche

Dr Rachid EL KHETTAR

achid EL KHETTAR