

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.
- L'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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 : 13, Rue Aïcha el-Bachcha - 20000 - Tel : 05 22 20 45 47 - Fax : 05 22 20 45 48 - www.mupras.com

Déclaration de Maladie

N° W19-594997

53671

MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
d'Actions Sociales
à l'Air Maroc

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :
Matricule : 4975 Société : RAM
Statut : ☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite
Nom & Prénom : HACHIMI ABDALLAH
Date de naissance : 08 03 - 1961
Adresse : 101 EL OULFA CHABLAN CO
Tél : 068 4626293
Total des frais engagés : 1182,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin : [Signature]

Date de consultation : 24 12 2020
Nom et prénom du malade : Hachimi Younes A
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : 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 : CHABLAN

Le : 24 12 2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

12 4 DEC 2020

2 4 DEC 2020

EXECUTION DES ORDONNANCES

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

26/12/20

282,20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

12 4 DEC 2020

20

20

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 prie de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

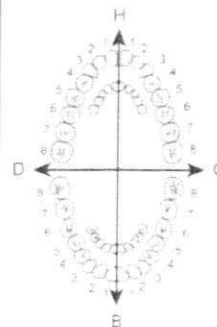
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------

INP :



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

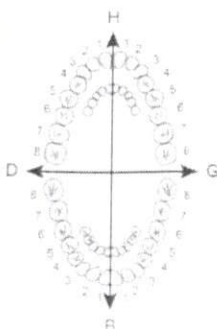
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433550	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la prothèse



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

Dr, Rachid INCHAOUH

Spécialiste des maladies Respiratoires

Diplômé de la Faculté de médecine
de Toulouse

Asthme - Tuberculose - Allergies
respiratoires - Endoscopie - Spirométrie



الدكتور رشيد انشاؤه

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي

خريج كلية الطب بتولوز

الضيق - السيل - الحساسية

Mr HACHIMY Younes Amine

24.12.2020

Casablanca, Le :

1 AERIUS 5 mg cp pellic : B/15

1 le soir, après le repas, pendant 15 jours.

2 CLENIL FORT

Inhaler 1 bouffée le soir, pendant 30 jours.

Dr Rachid INCHAOUH

Nazim Nabali
15/12/2020

LOT: GA91194
PER: 11/2021
PPV: 75 DH 00

primés
LOT: 083-1
PER: AUT 2022
PPV: 120 DH 70

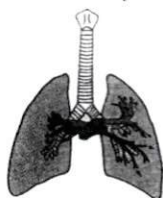
13 زنقة عين توجطات - إقامة إلياس - الطابق الأول (قرب مصحة بدر) الدار البيضاء

13, Rue Ain taoujtat-Résidence Iliass 1^{er} Etage (en Face Clinique BADR) - Casablanca

الهاتف : 05 22 48 08 94 / 05 22 20 47 40

Dr. Rachid INCHAOUH

Spécialiste des maladies Respiratoires
Diplômé de la Faculté de médecine
de Toulouse
Asthme - Tuberculose - Allergies
respiratoires - Endoscopie - Spirométrie



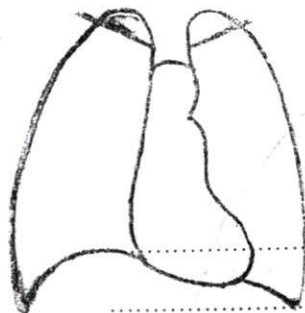
الدكتور رشيد انشاؤه
اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
خريج كلية الطب بتولوز
الضيق - السل - الحساسية

Casablanca, le : 12 4 DEC 2020

TELETHORAX

Nom/Prénom: Rachid Youssef Amino

INTERPRETATION:



Silhouette cardiaque normale

Distension thoracique

*Absence de lésions parenchymateuses
Évolutives*

Honoraire

Z 12 = 200,00 DH

Dr. Rachid INCHAOUH
Spécialiste des Maladies
Respiratoires
13, Rue Ain Taoujtate - Casablanca
Tél.: 0522 48 08 94 - 0522 20 47 40

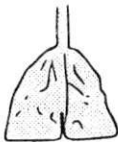
13, زنقة عين توجطات - إقامة إلياس - الطابق الأول (قرب مصحة بدر) - الدار البيضاء
13, Rue Ain Taoujtate - Résidence Ileas - 1^{er} Etage (en Face Clinique BADR) - Casablanca
الهاتف : 05 22 48 08 94 / 05 22 20 47 40

Dr. Rachid INCHAOUH

SPECIALISTE DES MALADIES
RESPIRATOIRES

Diplômé de la Faculté de
médecine de TOULOUSE

Asthme, Tuberculose, Allergies
respiratoires, Endoscopie, Spirometrie



شيد انشاؤه

اختصاصي في امراض الجهاز
التنفسي
خريج كلية الطب
بتولوز
الضيق، السل، الحساسية

Casablanca, le 24 DEC 2020

NOTE D'HONORAIRES

J'ai l'honneur de présenter mes meilleures salutations à

M. Younes Amine

Et vous adresse selon l'usage, ma note d'honoraires

Soit la somme de : 450 DH

DHS.

SIGNATURE

13. زنقة عين توجطات - اقامة إلياس - الطابق الأول (قرب مصحة بدر) - الدار البيضاء
13, Rue Ain TAOUJTATE - Résidence Ilias - 1er Etage (en Face Clinique BADR) - Casablanca
Tél : 022.48.08.94 : الهاتف - GSM: 061.15.03.63: المحمول

CABINET DE PNEUMOLOGIE

Dr Rachid INCHAOUH

EXPLORATION FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE

13, Rue AÏN TAOUITTATE, Résidence Ilias Bourgogne tél: 022.48.08.94

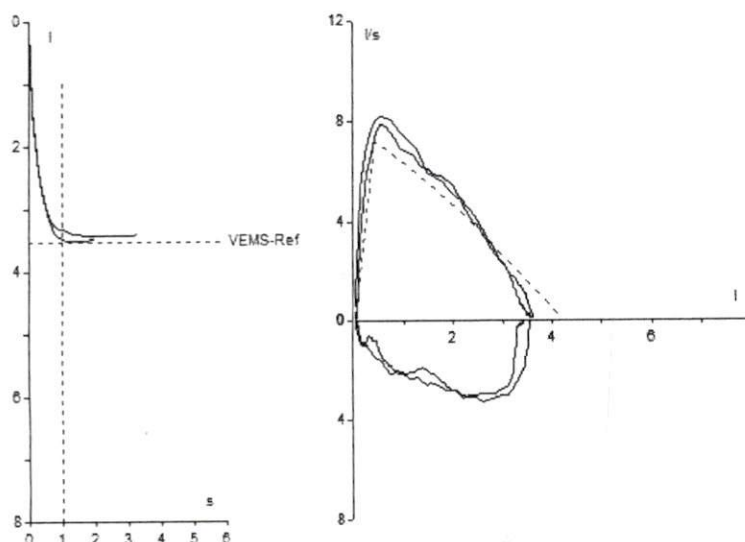
HACHIMY, YOUNESS AMINE

ID-Nr: HACYOU190903

171 cm, 50 kg,

Remarque: ASTHME ET TABAC

mesuré le 24.12.2020 à 11:33 h

Débit-Volume Pré/Post

time				11:28		11:33		
medicament								
parameter	unit	pred.	LLN	pre	%pred.	post	%pred.	post%pre
CVF	l	4.29	4.00	3.59	84	3.63	85	1
VEMS	l	3.55	3.26	3.49	98	3.57	101	2
VEMS/CV	%	84	79.09					
VEMS/CVF	%	86		97	113	98	115	1
DEP	l/s	7.21	6.20	7.83	109	8.17	113	4
DEM75	l/s	6.22	5.36	7.13	115	7.66	123	7
DEM50	l/s	4.41	3.81	5.80	131	5.50	125	-5
DEM25	l/s	2.28	1.90	3.46	152	3.09	135	-11
DEMM25-75	l/s	4.00	3.42	5.36	134	5.11	128	-5

Rint kPa/(l/s) 0.34

Commentaires:

Spontane *Nonch*

©1999 ZAN ® Meßgeraete GmbH Allemagne Tel: +49 9736 8181-0

Heure mesure: 24.12.2020/11:33
BTPS: 20/1027/93 [°C/mbar/%]

Dr Rachid INCHAOUH
 Pneumologue
 13, Rue AÏN TAOUITTATE
 Résidence Ilias Bourgogne
 Tél: 022.48.08.94