

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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

N° P19- 0040950

ND: 28390

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2857 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : JOUDANE Mohamed

Date de naissance : 27-2-1955

Adresse : Res. ETOUR 8 Rue GOUVERNORAT

Boulogne CASABLANCA

Tél. : 0661 43 45 28 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 15/05/2020

Nom et prénom du malade : JOUDANE Mohamed Age : 65

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

Nature de la maladie : Affection Nigro

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 : CASABLANCA Le : 15/05/2020

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
15/12/20	C5		30021	
17/12/20	SBT		120021	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	15/12/20	104072

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

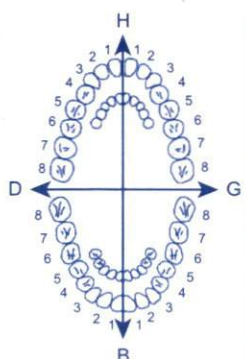
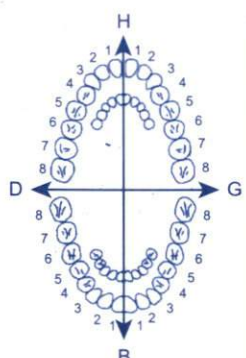
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE												
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H												
	25533412 00000000	21433552 00000000											
	D	G											
	00000000 35533411	00000000 11433553											
	B												
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>										
			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

MR JOUDANE MOHAMED

Casablanca le : 15/05/2019

843.00

- Ultibro breezhaler 110 µg / 50 µg
1 dose, matin/j.

140.00

- Miflasone 400 µg
1 dose, matin, s

330.00

- physiodose
1/3 ampoule matin et soir 5 jours

• ATARAX (généraliste)

247.00

1040.70



6 118001 030262
MIFLASONE® 400 µg
Poudre pour
inhalation en gélule
PPV: 140.00 DH

NOVARTIS

PPV : 843,00 DH

ULTIBRO® BREEZHALER®

110 µg/50 µg
Poudre pour inhalation
en gélule. Boîte de 30.
PPV : 843 DH



TARAXET® 25 mg

Hydroxyzine
30 Comprimés pelliculés
Film-coated tablets



6 118000 022954

247.00

PHARMACIE LAHJAJMA
Rachid EL KHETTAR
Avenue du Phare - Résidence Taghazout
Casablanca - Tél.: 05 22 20 28 67

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 : 15/05/2020

MC JOUDANE Mohamed

Fecture

Généraliste: 300 DH

Pneumographe: 1200 DH

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

Cabinet Dr EL Khettar Rachid

Pneumologie allergologie somnologie

175 rue boukraa Casablanca bourgogne

Tel: 0522492375 0675652435

Nom : **Mohamed Joudane**

Taille: **169 cm**

Age: **65 Ans**

Date Naissance: **27/02/1955**

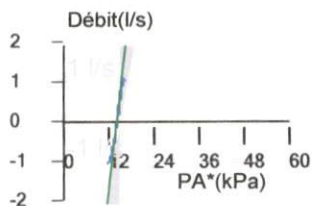
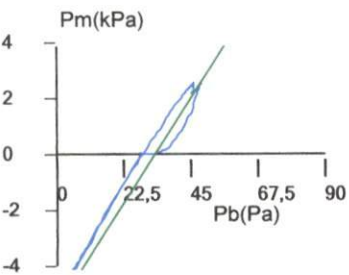
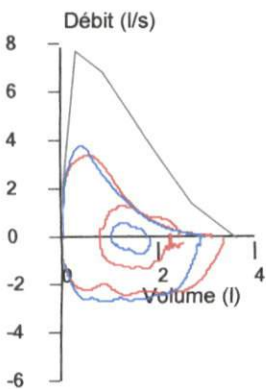
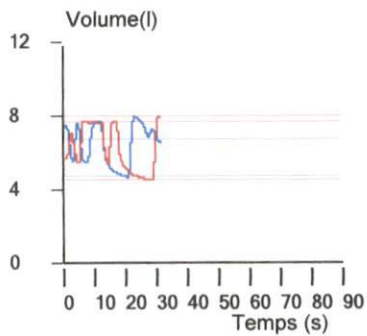
ID: **MohJou27021955**

Poids: **68 kg**

Genre: **Masculin**

BMI: **23,8 kg/m²**

Medication: **Post: Salbutamol**



Commentaire:

- Trouble ventilatoire obstructif

Date: **15/05/2020**

Temps: **14:51**

Température ambiante:

24 °C

Pression ambiante:

1011 hPa

Humidité ambiante :

50 %

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré
CV	l	3,84	3,27	85	3,41	89	4
CI	l	2,97	1,37	46	0,24	8	-82
VC	l		0,43		0,06		-86
VRE	l	1,04	2,01	194	3,18	307	58

Paramètre	Unité	ZScore
CV	l	
CI	l	

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré
VEMS	l	2,89	1,91	66	1,96	68	3
CVFex	l	3,70	2,99	81	3,17	85	6
VEMS/CVF	%	76	64		62		-3
DEP	l/s	7,73	3,80	49	3,42	44	-10
DEM25	l/s	1,38	0,37	27	0,32	23	-14
DEM50	l/s	4,04	1,36	34	1,29	32	-5
DEM75	l/s	6,87	3,18	46	3,32	48	4
DEM 25-75	l/s	3,18	1,05	33	0,97	31	-8
tex	s		10,2		10,1		-1

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	ZScore
VGT	l	3,45	5,14	149	
CPT	l	6,42	5,49	85	
VR	l	2,41	0,16	7	
DEP	l/s				
DEM25	l/s				
DEM50	l/s				
DEM75	l/s				
DEM 25-75	l/s				
tex	s				
sRAW	kPa*s	0,69	0,64	93	

Docteur Rachid EL KHETTAR
175 rue Boukraa Casablanca
Tél: 05 22 49 23 75
ICE: 00158653000041