

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.

Biologie 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.

Éducation :

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 :

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° S19-0000485

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11111111 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BAMOUSSE MOUNA Date de naissance : 12/12/71

Adresse : Rue Ahmed Charki, Dakhla, Dakhla, Dakhla

Tél. : 0668973535 Total des frais engagés : 600 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 31/12/2020

Nom et prénom du malade : M. BAMOUSSE MOUNA Age : 49 ans

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

Nature de la maladie : Affection Longue Durée

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 : 31/12/2020 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cache et signature du Médecin attestant le Paiement des Prestaires
31/11/2020		(C.R.)	60000	<p>Dr. ANWAR Mohamed Ali Spécialiste des Maladies Respiratoires Rés. ANNASR, Bd. Mohamed VI, GH8, Apt. 1 - Casablanca Tél.: 022.80.13.13</p>
31/12/2020		E.F.R	40000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cache et signature du Médecin
Dr. ANWAR Mohamed Ali
attestant le Paiement des cotisations
Spécialiste des Maladies Respiratoires
RÉS. ANNASR, Bd. Mohamed VI,
GH8, Apt. 1 - Casablanca
Tel.: 022.80.13.13

Dr. ANWAR Mohamed Ali
Spécialiste des Maladies Respiratoires
RÉS. ANNASR, Bd. Mohamed VI,
GH8, Apt. 1 - Casablanca
Tel.: 022.80.13.13

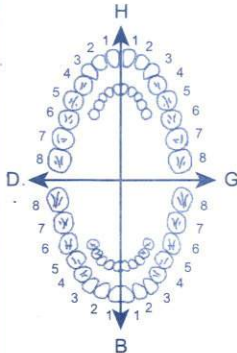
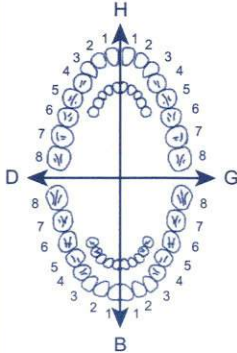
[illegible][illegible][illegible]

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	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 style="width: 100px;" type="text"/>													
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														

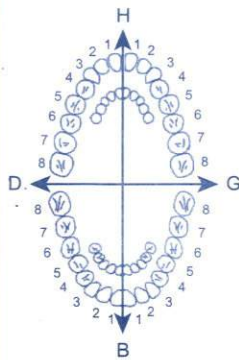
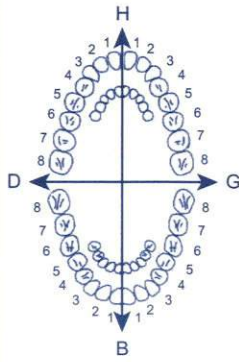
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table><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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

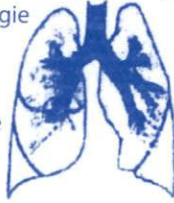
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

ORDONNANCE

Dr Anwar Mohamed Ali

Ex. Chef de service de pneumophthysiologie
Spécialiste de l'appareil respiratoire
Tuberculose - Asthme - Allergie
Sevrage tabagique
Exploration fonctionnelle respiratoire
Endoscopie bronchique
Tests d'Allergie
sur rendez-vous



الدكتور أنوار محمد علي

رئيس قسم أمراض الجهاز التنفسي سابقا
إختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
الربو (الضيق)، الحساسية، السمل
الإقلاع عن التدخين
فحص الوظيفة التنفسية، التنظير القصبي
تحليل الحساسية
بالموعد

Casablanca, le :

31/12/2020

الدار البيضاء ، في :

M^{lle} RAMOUSSE MOUNA

Exploration fonctionnelle Respiratoire
(E.F.R.)

future

— Quatre cent (400) dh —

Dr. ANWAR Mohamed Ali
Spécialiste des maladies respiratoires
Rés. ANNASR, Bd. Mohamed VI,
GH8, Appl. 1 - Casablanca
Tél.: 022.80.13.13

EXPLORATION FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE

DR ANWAR Mohamed Ali

PNEUMO-ALLERGOLOGUE

RES. ENNASR, BD MOHAMED VI, GH8, N°1 - CASA - TEL:022.80.13.13

BAMOUSSE, MOUNA

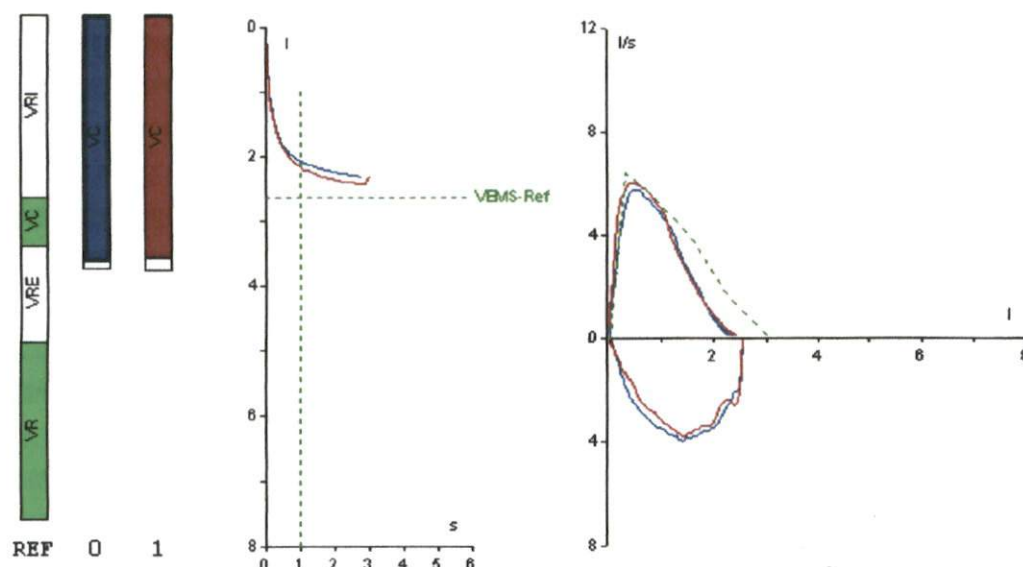
ID-Nr: 000000003243

Remarques: Asthme + Rhinite

164 cm, 79 kg,

mesuré le 31.12.2020 à 15:04 h

Spirométrie, Courbes Débit/Volume Pré-Post



Paramètres statiques

time				14:56		15:04		
medicament								
parameter	unit	pred.	LLN	pre	%pred.	post	%pred.	post%pre
CV	l	3.09	2.67	2.56	83	2.56	83	-0
VRE	l	0.97		0.09	9	0.13	13	45
VRI	l			0.01		0.02		88
VC	l			2.46		2.41		-2
CI	l	2.34		2.47	106	2.43	104	-2

Paramètres dynamiques

CVF	l	3.10	2.67	2.45	79	2.53	82	3
VEMS	l	2.65	2.27	2.19	83	2.23	84	2
VEMS/CV	%	80	69.09	86	107	87	110	2
VEMS/CVF	%	80	73.28	90	112	88	111	-1
DEP	l/s	6.44	5.54	5.77	90	6.05	94	5
DEM75	l/s	5.66	4.31	5.66	100	5.89	104	4
DEM50	l/s	3.95	2.85	4.08	103	3.55	90	-13
DEM25	l/s	1.61	0.92	1.45	90	1.22	76	-16
DEMM25-75	l/s	3.30	2.45	3.36	102	2.89	88	-14
DIP	l/s	4.18	3.26	3.96	95	3.78	90	-5
DIM50	l/s	3.79	2.92	3.76	99	3.66	97	-3
Aex	l*/l/s			7.60		8.08		6

Commentaires:

Coopération bonne.

EFR est à la limite de la normale. Pas de réversibilité du VEMS après inhalation de 400 µg de Salbutamol.