

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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



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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016139

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 569

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : LACHEGAR Housseine

Date de naissance : 01.01.1945

Adresse : Rés. Fidaouss GH1A IM 7 AA 6 OULFA

Tél. : 0522 893297

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02 JUL 2019

Nom et prénom du malade : BOUFFAS Saadiao

Age : 66ans

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : selboutepe

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 : 10/7/2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02 JUL. 2019 | G | - | 250,80 |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 02/07/19 | 491,50 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|--------------|------------------------------|------------------------|
|  | 02 JUL. 2019 | E18 | 200,00 |
|  | 02 JUL. 2019 | K30 | 600,00 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

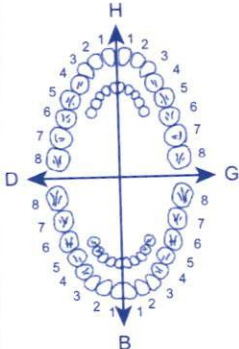
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------------------|-------------|-------------------------|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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 | | MONTANTS DES SOINS |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Docteur Maha Nassaf

الدكتورة مها ناصف

Pneumologue Allergologue

Spécialiste des maladies de l'appareil
respiratoire, Maladies allergologiques,
Asthme, Tuberculose, Sevrage tabagique,
Bronchoscopie



أخصائية أمراض الجهاز التنفسي،
أمراض الصدر والحساسية،
الربو، داء السل، الإقلاع عن التدخين
التشخيص بالمنظار

Casablanca, le

البيضاء، في

02 JUL. 2019

Mr - Mme :

BOUFFAS Saadieh

140100 x 2

1/ STFW 125 Spray (No2)

2 buffas x

119,10 de Rieur Colombe après 21 jours

21 Risoriel

1 pule dans 1 semaine

40100

3/ Louix CP

52,80

4/ Oester long

149,90 1 gel averti après 14 jours

Immeuble Communal, Angle Route Azemour et Bd. Sidi Abderrahman, Hay Hassani, Casablanca

Porte Route Azemour (en face station Afrique), 3^{ème} étage

Tel./Fax : +212 (0) 522 91 12 12 - GSM : +212 (0) 665 95 55 26 - E-mail : nassafpneumo@gmail.com

LOT: GR81736

PER: 10/2021

PPV: 140 DH 00

LOT: GR81736

PER: 10/2021

PPV: 140 DH 00

N° du Lot

10 H 533

Date Per.

09.2021

P.P.V: 119,10 DH

LOT: 19033

PER: 04/2022

PPV: 40,00 dh

LOT: 181035

EXP 02/2021

PPV 52.80DH

Docteur Maha Nassaf

Pneumologue Allergologue

Spécialiste des maladies de l'appareil
respiratoire, Maladies allergologiques,
Asthme, Tuberculose, Sevrage tabagique,
Bronchoscopie



الدكتورة مهانصاف

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي،
أمراض الصدر والحساسية،
الربو، داء السل، الإقلاع عن التدخين
التشخيص بالمنظار

Casablanca, le 01 JUL 2019 في الدار البيضاء،

Mr - Mme :

BOUFAS Saad.

Radiographie thorax face

- Chambre implantable + Stent-veine cave sup
- Absence d'anomalie pleuro-parenchymateuse
- Rapport cardio-bronchique normal.

Docteur Maha NASSAF
Pneumologue Allergologue
Immeuble Communal, Angle Route d'Azemour
et Bd. Abderrahmane Hay Hassani,
Porte Route d'Azemour (en face station Afrique), 3ème étage
Casablanca
Tél./Fax : +212 (0) 522 91 12 12

Docteur Maha Nassaf

Pneumologue Allergologue

Spécialiste des maladies de l'appareil
respiratoire, Maladies allergologiques,
Asthme, Tuberculose, Sevrage tabagique,
Bronchoscopie



الدكتورة مها ناصف

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي،
أمراض الصدر والحساسية،
الربو، داء السل، الإقلاع عن التدخين
التشخيص بالمنظار

Casablanca, le 02 JUL. 2019 في الدار البيضاء،

Mr - Mme : Bouffas Saadig

Reço

- Radiographie Thorax face 200,000.
- Exploration fonctionnelle respiratoire 600,000.

Maha Nassaf
Pneumologue Allergologue
Immeuble Communal, Angle Route Azemour et Bd. Sidi Abderrahman, Hay Hassani,
Porte Route Azemour (en face station Afrikaia), 3^{ème} étage
Tél./Fax : +212 (0) 522 91 12 12 - GSM : +212 (0) 665 95 55 26 - E-mail : nassafpneumo@gmail.com

Informations sur le patient

Nom Bouffas, Saadia
ID 107/19
Age 66 (11/11/1952)
Taille 150 cm
Poids 63 kg IMC 28,0
Sexe Féminin
Ethnicité Caucasien

Informations sur le test

Type de test CV et BDV
Date du test 02/07/2019 12:20:47
Heure post 02/07/2019 12:41:02
Interprétation --
Val. théo. ERS/ECCS
Sélection de valeur Meill. essai
BTPS (insp/exp) 1,12/1,02

Résultat du test

Votre VEMS/théorique: 75%

| Paramètre | Théo. | Meilleur | | | | Meilleur | | | | %Diff |
|-----------------|-------|----------|---------|---------|---------|----------|---------|--------|-----|-------|
| | | Lin | Essai 3 | Essai 1 | Essai 2 | %Théo. | Essai 1 | %Théo. | | |
| CVF [L] | 2,04 | 1,33 | 1,46 | 1,40 | 1,69 | 71 | 1,61 | 79 | 11 | |
| VEMS [L] | 1,67 | 1,05 | 1,26 | 1,23 | 1,38 | 75 | 1,40 | 84 | 12 | |
| VEMS/CVF [%] | 76,5 | 65,7 | 86,4 | 87,5 | 81,8 | 113 | 86,9 | 114 | 1 | |
| DEF25-75% [L/s] | 2,55 | 1,15 | 1,34 | 1,60 | 1,44 | 52 | 1,80 | 70 | 34 | |
| DEP [L/s] | 5,16 | 3,68 | 2,77* | 2,49* | 4,73 | 54 | 4,10 | 79 | 48 | |
| TEF [s] | - | - | 2,6 | 2,5 | 4,0 | - | 2,5 | - | -2 | |
| CVIF [L] | 2,04 | 1,33 | 1,64 | 1,72 | 1,76 | 81 | 1,54 | 76 | -6 | |
| DIP [L/s] | - | - | 2,76 | 3,49 | 2,26 | - | 1,47 | - | -47 | |
| DEM25 [L/s] | 1,03 | - | 0,61 | 0,81 | 0,50 | 59 | 0,72 | 70 | 18 | |
| DEM50 [L/s] | 3,18 | 1,37 | 1,69 | 1,81 | 1,87 | 53 | 2,24 | 70 | 33 | |
| DEM75 [L/s] | 4,78 | 2,56 | 2,52* | 2,48* | 4,53 | 53 | 3,97 | 83 | 58 | |

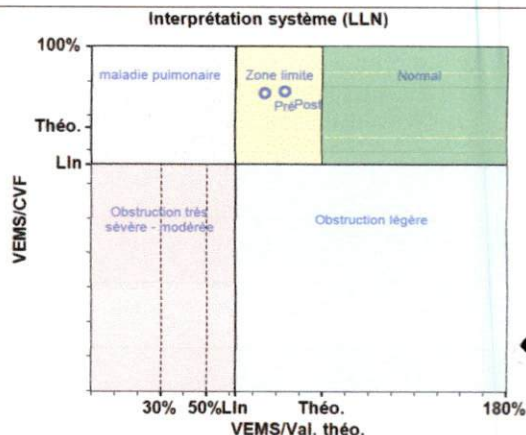
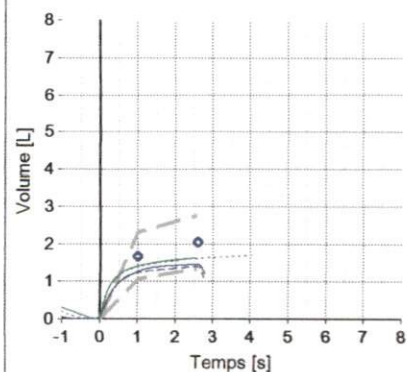
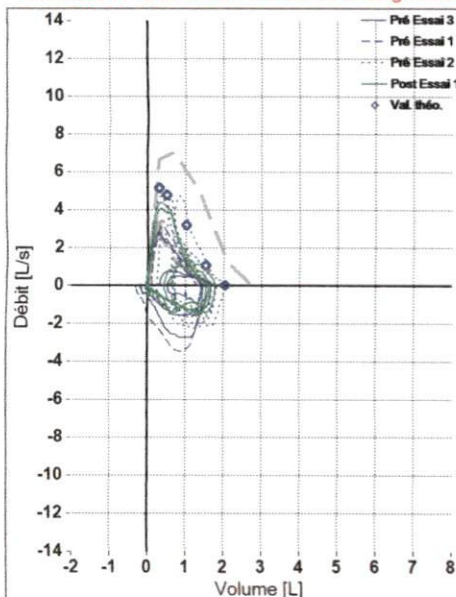
Qualité du test

Pré C (VEMS Var=0,03L (2,4%); CVF Var=0,05L (3,7%))

Post D - Un seul essai acceptable (VEMS Var= -L (); CVF Var= -L ())

Attention: qualité de test médiocre. Interpréter avec précaution.

* Résultats inf. à la limite normale ou changement post test significatif.



Coopération moyenne

Trouble ventilatoire obstructif léger
- Test de Réversibilité

DEF 25-75 52 → 70%