

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 rempli 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'entête 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.

Reéducation :

- L'entête 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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|--------------------------------------|---------------------|
| 0 Redémarrage | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | perso@mupras.com |
| 0 Ajustement et changement de statut | adhesion@mupras.com |



Déclaration de Maladie

N° W19-484166

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	M576		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : GOTNI HICHAM			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tel : 0707388434 Total des frais engagés : 0 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous brouillon 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 : 06 Novembre 2019
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	
N° W19-484166	
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de l'présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Total des remboursements :	

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
 - = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
 - = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
 - = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
 - = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
 - = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
 - = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 - = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
 - = Actes de chirurgie et de spécialistes
- | | |
|-----|--|
| SF | = Actes pratiqués par la sage-Femme et relevant de sa compétence |
| SFI | = Soins infirmiers pratiqués par la sage-femme |
| AMM | = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute |
| AMI | = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière |
| AP | = Actes pratiqués par un orthophoniste |
| AMY | = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste |
| R-Z | = Electro - Radiologie |
| B | = Analyses |

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU

REVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

S ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit
des actes répétés en plusieurs séances ou actes
comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

En cas d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit venir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade.



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DÉPÔT

AÉROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

874968

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : GOTNI, MICHAEL

Matricule : 11576 Fonction : chef d'esp. culte

Adresse :

Tél. : 0707388434 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom
du patient :

GOTNI, MICHAEL

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A

le 8/10/19 Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI

Pneumophtisiologue

5 bis Rue Idriss Babik - Casablanca
Tél. 05 22 92 46 05 22 84 93 47

VOLET ADHÉRENT

DECLARATION

874968

Matricule N° :

Nom du patient :

Date de dépôt :

Montant engagé

Nombre de pièces jointes :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant la validité des actes
8/10/19	8/10/19	440	200100	Dr. Mohammed EL IBRAHIMI Pneumophtisiologue Bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca Tél: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47
8/10/19	8/10/19	419	120100	Dr. Mohammed EL IBRAHIMI Pneumophtisiologue Bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca Tél: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47
Kodra	8/10/19	212	600100	Dr. Mohammed EL IBRAHIMI Pneumophtisiologue Bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca Tél: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47
EXECUTION DES ORDONNANCES				
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture		
	08/10/2019	48.70		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
.....
.....
.....

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....	
.....	
.....	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canal ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient

O.D.F PROTHESES DENTAIRES			
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			
H	25533412	21433552	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
D	00000000	00000000	MONTANT DES SOINS
D	00000000	00000000	DATE DU DEVIS
	35533411	11433553	DATE DE L'EXECUTION
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Consultations :
Pneumophysiologie
Allergologie - Asthme
Sommeil et ronflement
Sevrage tabagique
Réhabilitation respiratoire
Oncologie

Laboratoire de physiologie clinique
Pléthysmographie
Spirométrie - Oscillométrie
Polysomnographie
Gaz du sang artériel
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

Endoscopie diagnostique et interventionnelle
Fibroscopie bronchique
Bronchoscopie rigide
Thoracoscopie

الدكتور محمد للبر (ابي)
Dr. Mohammed EL IBRAHIMI

Pneumophysiologue

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophysiologue

Casablanca le 08/10/2019

Monsieur GOTNI Hicham

u8,fo

Uvimagb6: 1amp x3/j

Prendre rendez-vous sur : casasouffle@gmail.com

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophysiologue
5 bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca
Tél: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47



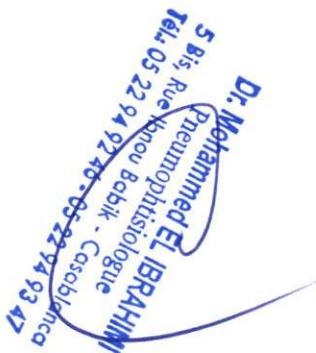
CMR

EXPLORATION ET TRAITEMENT DES MALADIES
RESPIRATOIRES DU SOMMEIL ET DU RONFLEMENT

5 Bis Rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - Casablanca
Tél.: 0522 94 92 46 / 0522 94 93 47 / 06 66 26 92 26 • Fax: 0522 94 91 23
E-mail: soufflemaroc@gmail.com - www.cmr-maroc.com

M Casablanca, Le : 8/10/19
go far, kick on.
Faire

- Radiographie Pulmonaire Face
- Radiographie Pulmonaire Profil
- Pléthysmographie / DLCO
- Spirometrie - Oscilling
- Polysomnographie + Polygraphie
- Polygraphie sous VNI
- Gaz du sang Artériel
- Mise en place de VNI
- Epreuve d'effort Cardio-Respiratoire
- Tests Cutanes
- Fibroscopie Bronchique / LBA
- Aerosol + Injection
- Ponction « Pleurale-Biopsie »
- Ponction « Pleurale-Simple »
- Echographie de reperage
- Exsufflation





الدكتور محمد الibrاري

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophysiologue

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophysiologue

08/10/2019

Monsieur GOTNI Hicham

Note d'honoraires

Consultation spécialisée:	200
Radiographie pulmonaire :	200
Pléthysmographie:	1200
Gazométrie artérielle:	600

TOTAL: 2200 DH

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophysiologue
5 Bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca
Tél: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47

الدكتور محمد للبرابي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophysiologue

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophysiologue

08/10/2019

GOTNI Hicham

*COMPTE RENDU
Radiographie du thorax face*

Indication : gêne respiratoire - douleur thoracique -

- Silhouette cardio-médiastinale normale
- Culs-de-sac pleuraux sans anomalie
- Structure osseuse normale

Conclusion : pas d'anomalies parenchymateuses évolutives.

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophysiologue
5 Bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca
Tél.: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47



***Exploration et Traitement des maladies respiratoires
du sommeil et du ronflement***

Docteur Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumologue

**Compte rendu de l'examen
des gaz du sang du 08/10/2019**

Patient : Monsieur GOTNI Hicham
Né(e) le 18/01/1976, Masculin

PO2: 103 mmHg
PCO2: 45 mmHg
PH: 7,38
HCO3: 28 mmol/l
SaO2: 98%

Conclusions:
Hyperoxie

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophtisiologue
5 Bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca
Tel.: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47

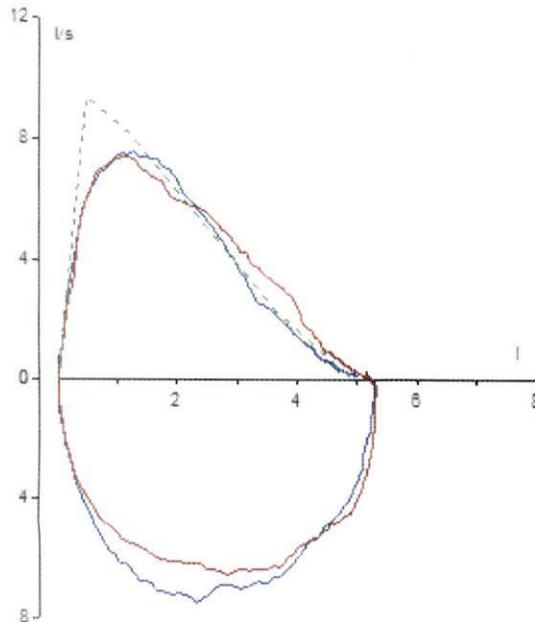


CMR

EXPLORATION ET TRAITEMENT DES MALADIES
RESPIRATOIRES DU SOMMEIL ET DE
RONFLEMENT
Tél. 022.94.92.46/022.94.93.47, Fax. 022.94.91.23
E-mail: soufflemaroc@gmail.com-Site web www.cmr-maroc.com

GOTNI, HICHAM
ID-Nr: GOTHIC180176
180 cm, 89 kg,
Remarques:
mesuré le 08.10.2019 à
09:32 h

Spirométrie, Courbe Débit/Volume



Paramètres statiques:

Heure 09:28 09:53
Médicament

Paramètre	Unité	Théor.	Pré	% Théor	Post	% Post	Théor	Pré
CV	l	5.13	4.58	89				
VRE	l	1.43	2.63	183				
VRI	l		1.49					
VC	l		0.46					
CI	l	3.78	1.95	52				

Paramètres dynamiques :

CVF	l	4.91	5.09	104	5.22	106	3
VEMS	l	4.00	4.16	104	4.42	110	6
VEMS/CV	%	79	91	114			
VEMS/CVF	%	79	82	103	85	106	4
DEP	l/s	9.35	7.62	81	7.42	79	-3
DEM75	l/s	8.11	7.61	94	7.28	90	-4
DEM50	l/s	5.14	5.16	100	5.31	103	3
DEM25	l/s	2.24	1.87	84	2.74	122	46
DEMM25-75	l/s	4.34	4.21	97	4.74	109	13
DIP	l/s	4.19	7.45	178	6.51	155	-13
DIM50	l/s	5.16	6.96	135	6.34	123	-9
Aex	l*s		20.96		21.95		5

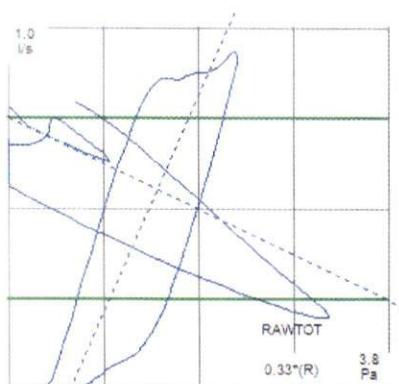
Pléthysmographie

Résistances :

Paramètre	Valeur	% Théor.	Théor.	Unité
RAWtot	0.33		108	0.30 kPa/(l/s)
sRAWtot	1.41		134	1.05 kPa*s
Gawtot	3.08		58	5.26 l/kPa*s

Volumes :

VGT	4.35	124	3.51	l
CPT	6.73	92	7.30	l
CV	4.58			
VRE	2.63	183	1.43	l
VR	1.64	79	2.07	l
VGT/CPT	65	122	53	%
VR/CPT	24	79	31	%



Commentaires:

Coopératyon moyenne. Fonction respiratoire normale

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophysiolog
5 Bis, Rue Ibnou Boubk - Casablanca
Tél: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47

ABL80 FLEX RADIOMETER RESULTATS PATIENTS

Heure d'analyse : 08.10.19 20:23:47

Type d'échant. : Artériel

VALEURS MESUREES

Gaz du sang (37°C)

pH	7,38
ρCO_2	45,9 mmHg
ρO_2	103 mmHg

Hématocrite

Hct	44 %
-----	------

Electrolytes/Métabolites

$c\text{Na}^+$	142 mmol/L
$c\text{K}^+$	3,66 mmol/L
$c\text{Ca}^{2+}$	1,21 mmol/L
$c\text{Cl}^-$	104 mmol/L

VALEURS DERIVEES

$c\text{tHb}$	14,4 g/dL
SBC	25,5 mmol/L
$c\text{Base(Ecf,ox)}$	1,2 mmol/L
$c\text{tCO}_2(\text{P})$	27,8 mmol/L
Anion Gap	11,6 mmol/L
$s\text{O}_2$	97,8 %

INFOS PATIENT

Opérateur : ANONYMOUS

N° série analyseur: 305085

Séquence : 20389

N° échant. : 1894

Version du logiciel : 3.12 (BASIC)

Imprimé le : 08.10.19 20:23:55