

## 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.

### 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'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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [prise@mupras.com](mailto:prise@mupras.com)
- Agrément et changement de statut : [admission@mupras.com](mailto:admission@mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-484166

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : **M576** Société : **ROYAL AU MAROC**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **GOTNI HICHAM**

Date de naissance : **07/07/1984**

Adresse : **ROYAL AU MAROC**

Tel : **0707 388434** Total des frais engagés : **0** Dhs

Cadre réservé au Médecin :

Cachet du médecin :

Date de consultation : **04 NOV. 2019**

Nom et prénom du malade : **GOTNI HICHAM** Age : **35**

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

Nature de la maladie : **ACCIDENT**

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 : **ROYAL AU MAROC** le : **04 NOV 2019**

Signature de l'adhérent(e) :

### VOILET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-484166

Remplir ce volet, découper le et conserver le. Il sera nécessaire d'le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **M576**

Nom de l'adhérent(e) : **GOTNI HICHAM**

Date de naissance : **07/07/1984**

Signature de l'adhérent(e) :



# 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)
- SY = 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 couvrant 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 EFFECTUES EN SERIE, il s'agit  
actes répétés en plusieurs séances ou actes  
obaux comportant un ou plusieurs échelonnées  
ns le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

s actes 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 DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 874968

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **GOTNI MICHAAM**  
Matricule : **11576** Fonction : **chef des cultes** Poste :  
Adresse :  
Tél. : **0707388434** Signature Adhérent :

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **GOTNI MICHAAM** Age :  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : **Affection respiratoire**  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :  
A le **8/10/19** Signature **Dr. Mohammed EL IBRAHIMI**  
Pneumophtisiologue  
5 Bis, Rue Ibraou Babik - Casablanca  
Tél. 05 22 91 26 46 - 05 22 91 93 47  
Durée d'utilisation 3 mois

### VOLET ADHERENT

**DECLARATION** 874968  
Matricule N° :  
Nom du patient :  
Date de dépôt :  
Montant engagé  
Nombre de pièces jointes :



# 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 Praticien des Actes
8/10/19	Levy Shw	440	22000	Dr. Mohammed EL IBRAHIMI Pneumophthysiologue 5 Bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca Tél: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47
8/10/19	Levy Shw	440	22000	
8/10/19	Levy Shw	440	22000	
8/10/19	Levy Shw	440	22000	
8/10/19	Levy Shw	440	22000	
8/10/19	Levy Shw	440	22000	
8/10/19	Levy Shw	440	22000	
8/10/19	Levy Shw	440	22000	
8/10/19	Levy Shw	440	22000	
8/10/19	Levy Shw	440	22000	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	08/10/2019	4870

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

## 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																			
				Coefficient des Travaux																		
				Montant des Soins																		
				Debut d'exécution																		
				Fin d'exécution																		
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																					
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient des Travaux
	H																					
	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
	B																					
				Montant des Soins																		
				Date du devis																		
				Date de l'exécution																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**Consultations :**

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

**Laboratoire de physiologie clinique**

Pléthysmographie  
Spiromtrie - Oscilling  
Polysomnographie  
Gaz du sang artériel  
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique  
et interventionnelle**

Fibroscope bronchique  
Bronchoscopie rigide  
Thoracoscope

الدكتور محمد البراهيمي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophysiologue

الدكتور ع. (ناصري)

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophysiologue

Casablanca le 08/10/2019

Monsieur GOTNI Hicham

u8,40

Uvimagb6: 1amp x3/j

T= u8,40

Prendre rendez-vous sur : [casasouffle@gmail.com](mailto: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

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI

Professeur agrégé

Pneumophthisiologue



**CMR**

EXPLORATION ET TRAITEMENT DES MALADIES  
RESPIRATOIRES DU SOMMEIL ET DU RONFLEMENT

الدكتور محمد الابراهيمي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI

Pneumophthisiologue

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

Casablanca, Le :

M

**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 repérage
- ☐ Exsufflation

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

**Consultations :**

Pneumophthysiologie  
Allergologie - Asthme  
Sommeil et ronflement  
Sevrage tabagique  
Réhabilitation respiratoire  
Oncologie

**Laboratoire de physiologie clinique**

Pléthysmographie  
Spiromtrie - Oscillating  
Polysomnographie  
Gaz du sang artériel  
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique  
et interventionnelle**

Fibroscope bronchique  
Bronchoscopie rigide  
Thoracoscopie

الدكتور محمد البراهيمي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophthysiologue

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophthysiologue

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**  
Pneumophthysiologue  
5 Bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca  
Tél: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47



**Consultations :**

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

**Laboratoire de physiologie clinique**

Pléthysmographie  
Spirométrie - Oscilling  
Polysomnographie  
Gaz du sang artériel  
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique  
et interventionnelle**

Fibroskopie bronchique  
Bronchoscopie rigide  
Thoracoscopie

الدكتور محمد البراهيمي

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

PO<sub>2</sub>: 103 mmHg  
PCO<sub>2</sub>: 45 mmHg  
PH: 7,38  
HCO<sub>3</sub>: 28 mmol/l  
SaO<sub>2</sub>: 98%

**Conclusions:**  
**Hyperoxie**

**Dr. Mohammed EL IBRAHIMI**  
Pneumophthisiologue  
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

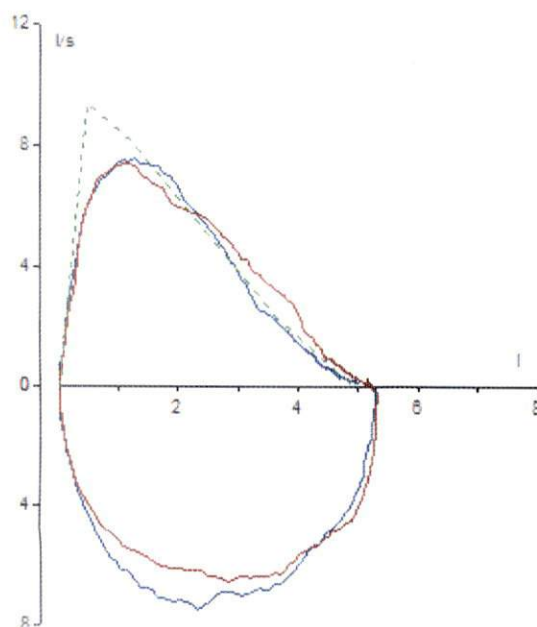
180 cm, 89 kg,

Remarques:

mesuré le 08.10.2019 à

09:32 h

## Spirométrie, Courbe Débit/Volume



### Paramètres statiques:

Heure 09:28 09:53

Médicament

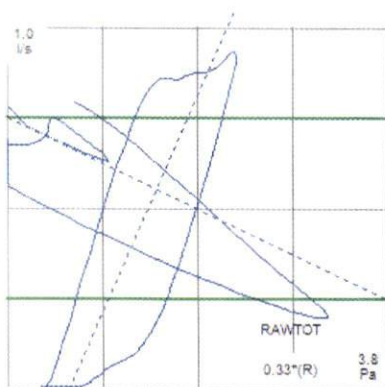
Paramètre	Unité	Théor.	Pré	% Théor	Post	% Théor	Post%
CV	l	5.13	4.58	89			
VRE	l	1.43	2.63	183			
VRI	l		1.49				
VC	l		0.46				
CI	l	3.78	1.95	52			

### 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			l
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:

Coopération moyenne. Fonction respiratoire normale

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophisiologue  
5 Bis, Rue Ibnou Bchik - 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 MEASUREES

Gaz du sang (37°C)

pH	7,38
pCO <sub>2</sub>	45,9 mmHg
pO <sub>2</sub>	103 mmHg

Hématocrite

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

Electrolytes/Métabolites

cNa <sup>+</sup>	142 mmol/L
cK <sup>+</sup>	3,66 mmol/L
cCa <sup>2+</sup>	1,21 mmol/L
cCl	104 mmol/L

VALEURS DERIVEES

ctHb	14,4 g/dL
SBC	25,5 mmol/L
cBase(Ecf,ox)	1,2 mmol/L
ctCO <sub>2</sub> (P)	27,8 mmol/L
Anion Gap	11,6 mmol/L
sO <sub>2</sub>	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