

## 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.

### 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| ○ Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| ○ Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

La 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° W19-534491

ND 50269

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

6427

Société :

R.I.T.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

LAITAIJI

TOHAMI

Date de naissance :

18/10/91

Adresse :

83 MASSAIS ISLAM II CAS. ET Blanca

Tél. : 0666108420

Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



14 DEC. 2020

ACCUEIL

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

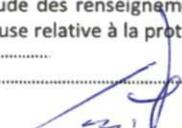
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Le : 03/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :



#### **LEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22/03/2021	Prise en charge de 440.	1200/-	INP : 5101379	Dr. Mohamed A GRAMMI Le patient a été payé. Signature : Dr. Mohamed A GRAMMI

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

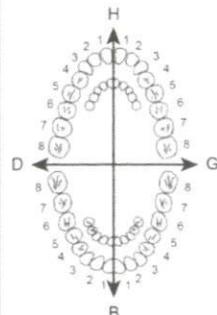
## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

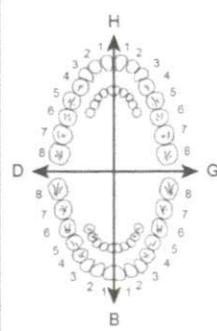
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



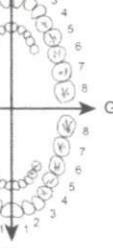
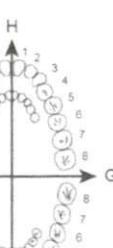
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	COEFFICIENT DES TRAVAUX					
	MONTANTS DES SOINS					
	DEBUT D'EXECUTION					
	FIN D'EXECUTION					
<p><b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b></p> 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE					
	<b>H</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table>		25533412	21433552	00000000	00000000
	25533412	21433552				
	00000000	00000000				
<b>D</b> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		00000000	00000000	35533411	11433553	
00000000	00000000					
35533411	11433553					
<b>B</b> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>						
COEFFICIENT DES TRAVAUX						
MONTANTS DES SOINS						
DATE DU DEVIS						
DATE DE L'EXECUTION						

الدكتور ع. النصري

Dr. Arabi NACIRI

Professeur agrégé

Pneumophtisiologue



CMR

الدكتور مهدي البراهيمي

DOCTEUR M. EL IBRAHIMI

PNEUMOPHTISIOLOGUE

5 bis rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - CASABLANCA

Téléphone : 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47 - Fax : 05 22 94 91 23

E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web : www.cmr-maroc.com

Casablanca, le .....

٢٢/٩/٢٢

M. C. Naciri Attest

## 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

Dr. Arabi NACIRI  
Pneumophtisiologue  
5 Bis, Ave Ibnou Babik - Casablanca  
Tél. 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47

الدكتور ع. النصري

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophtisiologue



CMR

الدكتور مصطفى البراهيمي  
DOCTEUR M. EL IBRAHIMI  
PNEUMOPHTISIOLOGUE

5 bis rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - CASABLANCA

Téléphone : 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47 - Fax : 05 22 94 91 23

E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web : www.cmr-maroc.com

Casablanca, le .....

20/09/2006

M LAONI LAONI R Bousfiha

## Honoraires versés

Le .....	Consultation	.....	DH
Le .....	Radiographie Pulmonaire Face :	.....	DH
Le .....	Radiographie Pulmonaire Profil	.....	DH
Le .....	Pléthysmographie / DLCO	120	DH
Le .....	Spirometrie - Oscilling	.....	DH
Le .....	Polysomnographie + Polygraphie	.....	DH
Le .....	Polygraphie sous VNI	.....	DH
Le .....	Gaz du Sang Artériel	.....	DH
Le .....	Mise en Place de VNI	.....	DH
Le .....	Epreuve d'Effort Cardio-Respiratoire	.....	DH
Le .....	Tests Cutanes	.....	DH
Le .....	Fibroscopie Bronchique / LBA	.....	DH
Le .....	Aerosol + Injection	.....	DH
Le .....	Ponction "Pleurale - Biopsie"	.....	DH
Le .....	Ponction "Pleurale - Simple"	.....	DH
Le .....	Echographie de reperage	.....	DH
Le .....	Exsufflation	.....	DH
TOTAL :		1200,-	DH

Dr. ARABI NACIRI  
Pneumophtisiologue  
5 Bis Rue Ibnou Babik  
Tél: 05 22 94 92 46  
Fax: 05 22 94 91 23

**CMR**

EXPLORATION ET TRAITEMENT DES MALADIES  
RESPIRATOIRES DU SOMMEIL ET DU 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

LAMAIZI,  
MOHAMMED  
ID-Nr: LAMMOH180963  
162 cm, 63 kg,  
Remarques:  
mesuré le 22.09.2020 à  
10:13 h

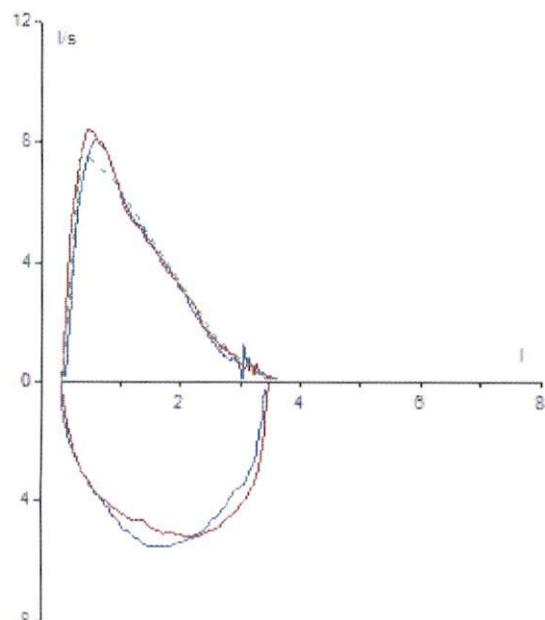
### Spirométrie, Courbe Débit/Volume

#### Paramètres statiques:

Heure	09:58	10:13
-------	-------	-------

Médicament

Paramètre	Unité	Théor.	Pré	% Théor	Post	% Post	Théor	Pré
CV	l	3.64	3.42	94				
VRE	l	1.07	1.33	124				
VRI	l		0.93					
VC	l		1.17					
CI	l	2.64	2.10	79				



#### Paramètres dynamiques :

CVF	l	3.51	3.62	103	3.55	101	-2
VEMS	l	2.82	2.93	104	2.99	106	2
VEMS/CV	%	77	85	111			
VEMS/CVF	%	77	81	105	84	109	4
DEP	l/s	7.65	8.08	106	8.41	110	4
DEM75	l/s	6.72	6.98	104	7.05	105	1
DEM50	l/s	4.02	3.81	95	3.72	93	-2
DEM25	l/s	1.41	0.92	65	1.25	89	36
DEMM25-75	l/s	3.39	2.78	82	3.09	91	11
DIP	l/s	3.71	5.50	148	5.17	139	-6
DIM50	l/s	4.80	5.49	114	5.05	105	-8
Aex	l*s		12.46		13.10		5

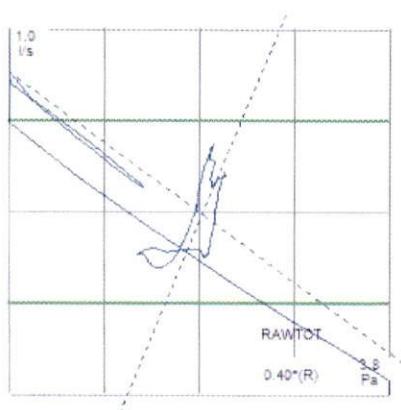
### Pléthysmographie

#### Résistances :

Paramètre	Valeur	% Théor.	Théor.	Unité
RAWtot	0.40		133	0.30 kPa/(l/s)
sRAWtot	1.41		146	0.96 kPa*s
Gawtot	2.51		48	5.26 l/kPa*s

#### Volumes :

VGT	2.92	91	3.21	l
CPT	5.54	94	5.86	l
CV	3.42			l
VRE	1.33	124	1.07	l
VR	1.91	89	2.15	l
VGT/CPT	53	94	56	%
VR/CPT	35	95	36	%



#### Commentaires:

Dr. Arabi NACIRI  
Pneumophtisiologie  
5 Bis, Rue Ibnou Badik - Casablanca  
Tel: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47

Monsieur LAMIZI Mohamed né le 22/09/2020  
Examen réalisé le 22/09/2020

- Toux spasmodique - Pas de cardiotopathie connue.  
Le test de réversibilité réalise 15 mn après inhalation de 400 µg de Salbutamol avec une chambre d'inhalation est négatif.

Conclusion  
Pas de trouble ventilatoire obstructif : patient sous traitement de fond