

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)	Société :	
Matricule : <u>16 00</u>	<u>R.A.M</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>LOUDGHAI RI ABDELLAH</u>		
Date de naissance : <u>21-3-1948</u>		
Adresse : <u>LOT CHANTI MARI IMPASSE Rue 1 - N° 24 CASA</u>		
Tél. : <u>06 61 31 00 84</u>	Total des frais engagés :	
Dhs		

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/09/2023

Nom et prénom du malade : Benyamin Abdellah

Age :

Lien de parenté : Fils-mère

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Arthrose de l'épaule

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

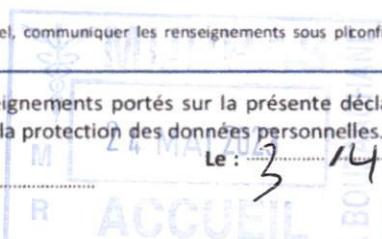
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CASA

Le : 3/14/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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
03.09.23	(CSP)		90€	INP : 091189185

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 ADA Radiologue Mansour Casablanca			

AUXILIAIRES MEDICAUX

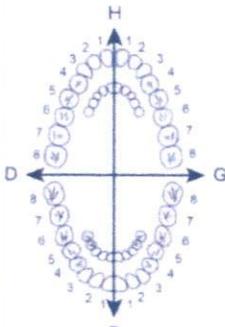
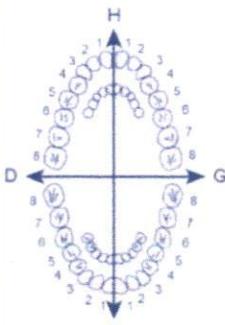
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	03.09.83 (ERA)					600.00

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552																
			00000000	00000000																
		D	00000000	00000000																
			35533411	11433553																
B																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

CABINET DE PNEUMOLOGIE
D'ALLERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL

Dr Zineb Berrada

Spécialiste des Maladies Respiratoires
et des troubles du sommeil

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot
DU d'imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris-France
et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca



عيادة أمراض الجهاز التنفسى
الحساسية والنوم والشخير
الدكتورة زينب برباده

أخصائية أمراض الجهاز التنفسى
وأمراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب بباريس ديدرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب بباريس ديدرو

شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى بباريس
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس يتي سالبتيبار و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le : 03.06.2023

M. Lou d'ghilie. Abdellah

Spir am elie. (EFQ)

Dr. ZINEB BERRADA
Pneumologue
22 Bd. Yacoub El Mansour
Rés. Espace El Mansour
Tél : 05 22 98 12 19

Résidence Espace El Mansour

22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bureau N° 27, Maârif, Casablanca

22 شارع يعقوب المنصور ، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث ، مكتب رقم 27 المعاريف، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumologiesommeil@gmail.com



CABINET D'EXPLORATIONS FONCTIONNELLES RESPIRATOIRES

PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE SOMMEIL

DR ZINEB BERRADA

22 BD Yaacoub El Mansour, N°27, Mâarif, Casablanca Tel, 0522981219

Nom : **Abdellah Loudghiri**

Taille: 180 cm

Age: 75 Ans

ID: **AbdLou21031948**

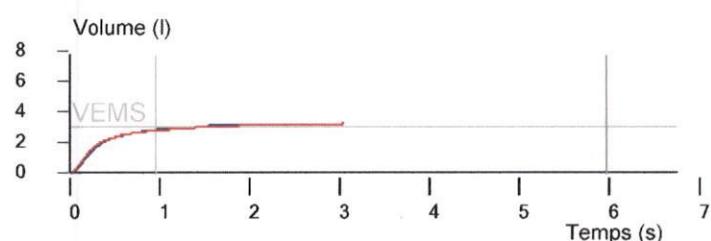
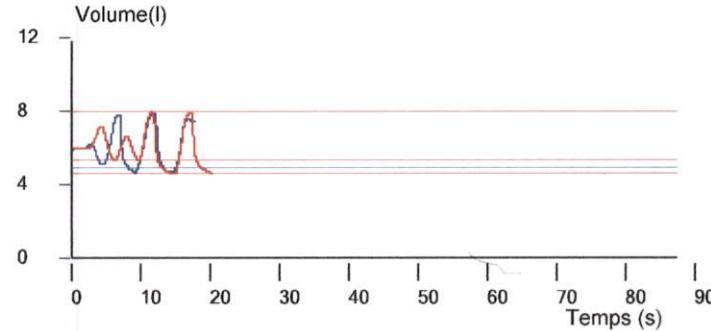
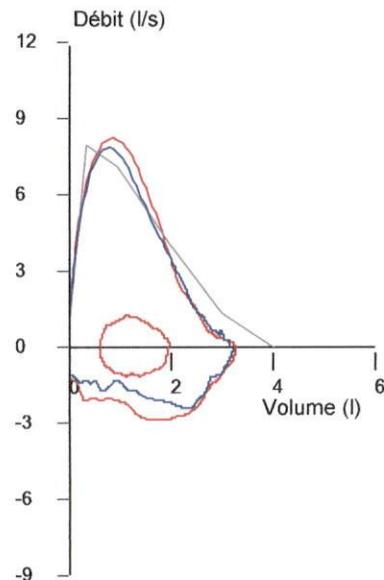
Poids: 72 kg

Genre: Masculin

Medication: Post: Salbutamol

Date Naissance: 21/03/1948

BMI: 22,2 kg/m²



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	4,23	3,28	78	3,34	79	2	
CI	l	3,50	3,03	87	2,61	75	-14	
VC	l		2,99		1,45		-52	
VRE	l	1,02	0,26	25	0,73	71	181	

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	3,08	2,98	97	2,92	95	-2	
CVFex	l	4,08	3,22	79	3,34	82	4	
VEMS/C...	%	74	93		87		-6	
DEP	l/s	7,98	7,89	99	8,28	104	5	
DEM25	l/s	1,41	1,99	141	1,68	120	-16	
DEM50	l/s	4,15	5,31	128	5,74	138	8	
DEM75	l/s	7,18	7,89	110	8,25	115	5	
DEM 25...	l/s	2,97	4,86	164	4,61	155	-5	
tex	s		2,1		3,3		57	

Commentaire: Bonne coopération:
Absence de trouble ventilatoire obstructif.

Date: 03/04/2023
Temps: 12:23

Température ambiante:
Pression ambiante:
Humidité ambiante :

23 °C
999 hPa
50 %

Technicien:

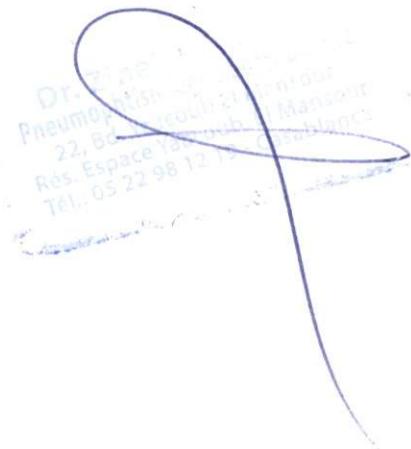
Casablanca 03/04/2023

FACTURE

**A la suite de la consultation du 03/04/2023 de M LOUDRHIRI
ABDELLAH
je présente la facture dont détail se trouve ci-dessous :**

ACTE :	MONTANT
SPIROMETRIE	600.00DH

Merci de votre confiance



Dr. Z. Dr. Z.
Pneumologue et Médecin de Famille
22, Bd. Hassan II, 20000 Casablanca
Rés. Espace 1500, 15000 Casablanca
Tél. 05 22 98 12 12