

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 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

- Reclamation : 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-605726

56921



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8828 Société : PAF

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

OLLE PRATI

AFH

Date de naissance :

12.01.67

Adresse :

88 Rue E. Nadaoui Béchara 20000

Tél. : 0665 161222

Total des frais engagés : 22000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

21 JAN. 2021

Nom et prénom du malade :

OLLE PRATI

Age :

Lien de parenté :

Soi-même

Conjoint

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 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 :

OLLE

Le : 21.01.2021

Signature de l'adhérent(e) :

AFH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

ETABLIR UNE DECLARATION PAR PERSONNE MALADE

- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.
- La déclaration doit être accompagnée de toutes pièces justificatives, (Ordonnances médicales prescrivant les médicaments ou tout examen de radiologie et laboratoire, etc...)
- Les vignettes ou à défaut les prospectus et les P.P.M. concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- Lorsque la personne soignée bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
- Tous certificats, note d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par l'assureur.
- **Soins dentaires** : Pour les extractions multiples de plus de 5 dents, les soins spéciaux, parodontoses et radios (plus de 2 par séance). Une entente préalable et obligatoire.
- **En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale** : la déclaration de maladie doit être accompagnée d'une facture détaillée et acquittée sur laquelle devront être précisés : la cotation des actes la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de fournitures pharmaceutiques.
- **Délai de remise des pièces** : Toutes pièces concernant un sinistre, doivent être remise à l'assureur au plus tard, dans les trente jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.
- L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance.

Protection des données personnelles

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré /souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment 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.

Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent. Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boîte Postale 16193 ou par e-mail conformite@wafaassurance.co.ma

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

Vérifiez avant l'envoi que rien n'a été omis, vous éviterez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

VOLET DÉTACHABLE



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIÈGE SOCIAL : 1 BD. ABDELMOUNEN - CASABLANCA - TEL. 06 22 54 55 55 - R.C. 31 719 - I.F. 01085467 I.C.E. 00008373600004
S.A. au capital de 350.000.000 dh - Entreprise régie par la loi n° 17.99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE :

18794266

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Matricule Sté :

14414. DIBAI

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

2835,

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade :

Dr. M. EL IBBRAHIM

5, rue... Casablanca
06 22 54 23 47

11/12/2020

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfants

Nature de la maladie :

Affection Respiratoire

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

Signature de l'assuré

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

CERTIFICAT N°

18794266

تأمين الوفاء
Wafa Assurance

médicaux	paiement des actes	honoraires
Médecin traitant	<p>11/12/2020</p> <p>Plethora magistrale K40</p> <p>ALCO K19</p> <p>gaz du sang artériel K49</p>	<p>1200100</p> <p>900100</p> <p>600100</p> <p>2700100</p>
Pharmacie	12/12/22	135,00
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux		

VOLET DÉTACHABLE

Prière de remplir et de garder ce volet qui sera nécessaire à présenter pour toute réclamation.

DEVIS FACTURE

Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins	<input type="text"/>
Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :	<input type="text"/>
Date :	<input type="text"/>
Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :	<input type="text"/>
Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :	<input type="text"/>
Date de l'appareillage :	<input type="text"/>

الدكتور عزيز 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 11/12/2020

M. DIRAI Khalid

Honoraires versés

Le	Consultation	.....	DH
Le	Radiographie Pulmonaire Face :	.....	DH
Le	Radiographie Pulmonaire Profil	.....	DH
Le	Pléthysmographie / DLCO K40	12000	DH
Le	Spirometrie - Oscilling K30	8000	DH
Le	Polysomnographie + Polygraphie	.....	DH
Le	Polygraphie sous VNI	.....	DH
Le	Gaz du Sang Artériel K15	6000	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 repérage	.....	DH
Le	Exsufflation	.....	DH

TOTAL : 27000 DH

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

AFF : / -

CONTRACTANTE : FIRST REST INTERNATIONAL MC DONALD S
NOM DE L'ASSURE DIRAI KHALID
BENEFICIAIRE : DIRAI KHALID
DECLARATION N° : 18794266 /

/ 831057/

CONTRAT N°9165 60 / 279000
CERTIFICAT N°1945484 MATRICULE 90004
DATE DE LA DECLARATION : 11/12/2020
DATE DE REMBOURSEMENT 29/12/2020

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
9	Pratique medicale courante	2700.00		2700.00		85%	2295.00
15	Pharmacie	135.00		0.00		85%	0.00
TOTAUX		2835.00		2700.00			2295.00
OBSERVATIONS :							

*voir clause « Protection des données personnelles » au verso

* La cotisation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances.

Décompte de Remboursement Maladie-Maternité

CONTRACTANTE : FIRST REST INTERNATIONAL MC DONALD S
NOM DE L'ASSURE DIRAI KHALID
BENEFICIAIRE : DIRAI KHALID
DECLARATION N° : 18794266 /

/ 831057/

CONTRAT N°9165 60 / 279000
CERTIFICAT N°1945484 MATRICULE : 90004
DATE DE LA DECLARATION : 11/12/2020
DATE DE REMBOURSEMENT 29/12/2020

CODE ACTE	NATURE DES PRESTATIONS	VOUS AVEZ PAYE	REMBOURSEMENT ASSUREUR DE BASE	BASE DE REMBOURSEMENT	* COEFF.	TAUX REMB.	MONTANT DE REMBOURSEMENT
9	Pratique medicale courante	2700.00		2700.00		85%	2295.00
15	Pharmacie	135.00		0.00		85%	0.00
TOTAUX		2835.00		2700.00			2295.00
OBSERVATIONS :							

* La cotisation de l'acte effectué selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels

Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances.

CLAUSE " Protection des données personnelles "

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment 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.

Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boite Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.co.ma

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

CLAUSE " Protection des données personnelles "

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré/souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment 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.

Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent.

Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boite Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.co.ma

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

ETABLIR UNE DECLARATION PAR PERSONNE MALADE

- En cas d'accident, préciser les causes, circonstances, date, lieu et heure.
- La déclaration doit être accompagnée de toutes pièces justificatives. (Ordonnances médicales prescrivant les médicaments ou tout examen de radiologie et laboratoire, etc...)
- Les vignettes ou à défaut les prospectus et les P.P.M. concernant les médicaments doivent être joints aux ordonnances.
- Lorsque la personne soignée bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
- Tous certificats, note d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'un sinistre sont conservés par l'assureur.
- **Soins dentaires** : Pour les extractions multiples de plus de 5 dents, les soins spéciaux, parodontoses et radios (plus de 2 par séance). Une entente préalable et obligatoire.
- **En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale** : la déclaration de maladie doit être accompagnée d'une facture détaillée et acquittée sur laquelle devront être précisés : la cotation des actes la ventilation des frais annexes, le nombre de jours d'hospitalisation et le détail de fournitures pharmaceutiques.
- **Délai de remise des pièces** : Toutes pièces concernant un sinistre, doivent être remise à l'assureur au plus tard, dans les trente jours qui suivent la guérison ou l'expiration du traitement.
- L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance.

• Protection des données personnelles

Les données personnelles demandées par l'assureur ont un caractère obligatoire pour obtenir la souscription du présent contrat et l'exécution de l'ensemble des services qui y sont rattachés. Elles sont utilisées exclusivement à cette fin par les services de l'assureur et les tiers autorisés.

La durée de conservation de ces données est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période postérieure pendant laquelle leur conservation est nécessaire pour permettre à l'assureur de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou en application d'autres dispositions légales. Par ailleurs, la communication des informations de l'assuré /souscripteur est limitée aux communications obligatoires en fonction des obligations légales et réglementaires qui s'imposent à l'assureur et aux tiers légalement autorisés à obtenir les dites informations.

L'assureur garantit notamment 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.

Les données sont protégées aussi bien sur support physique qu'électronique, de telle sorte que leur accès soit impossible à des tiers non autorisés.

L'assureur s'assure que les personnes habilitées à traiter les données personnelles connaissent leurs obligations légales en matière de protection de ces données et s'y tiennent. Les données à caractère personnel peuvent à tout moment faire l'objet d'un droit d'accès, de modification, de rectification et d'opposition auprès du service conformité par courrier à la Boîte Postale 16193 ou par e-mail : conformite@wafaassurance.co.ma

De manière expresse, l'assuré/souscripteur autorise l'assureur à utiliser ses coordonnées à des fins de prospections commerciales en vue de proposer d'autres services d'assurance. Il peut s'opposer par courrier à la réception de sollicitations commerciales.

Vérifiez avant l'envoi que rien n'a été omis, vous éviterez toute correspondance inutile, et nos règlements seront alors rapides.

VOLET DÉTACHABLE



تأمين الوفاء
Wafa Assurance

SIEGE SOCIAL : 1 BD. ABDELMOUNEN - CASABLANCA - TEL. 06 22 54 55 55 - R.C. 31 719 - I.F. 01085467 I.C.E. 00008373600004
S.A. au capital de 350.000.000 dh - Entreprise régie par la loi n° 17/99 portant code des assurances
www.wafaassurance.ma

DECLARATION DE MALADIE :

18794266

Cachet de l'employeur

N° du contrat :

N° affiliation :

Nom et prénom de l'assuré

Matricule Sté :

Khalid DIBAI

Type de déclaration

Médical

Dentaire

Optique

Total des frais engagés

2835

Cachet du médecin :

Date de la consultation :

Nom et prénom du malade : *DIBAI Khalid* Age *35 ans*

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfants

Nature de la maladie :

Affection Respiratoire

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

Signature de l'assuré

DECLARATION

CONTRAT N°

NOM DU MALADE

CERTIFICAT N°

18794266

تأمين الوفاء
Wafa Assurance

médicaux	autostatut paiement des actes	honoraires
Médecin traitant	11/12/2020 Plethora magistrale K40 ALCO K19 gaz du sang artériel K19	1200100 900100 600100 2700100
Pharmacie	12/12/22	135,00
Analyses / Radiologie		
Auxiliaires médicaux		

DEVIS FACTURE

Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins :	<input type="text"/>
Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :	<input type="text"/>
Date :	<input type="text"/>
Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :	<input type="text"/>
Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :	<input type="text"/>
Date de l'appareillage :	<input type="text"/>

VOLET DÉTACHABLE

Prière de remplir et de garder ce volet qui sera nécessaire à présenter pour toute réclamation.



**medical
equipment
europe**

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

KHALID DIRAI

Taille 177 cm

55 Ans

Date Naissance 11/12/196

KHADIR11121965

Poids

88 kg

Genre

Masculin

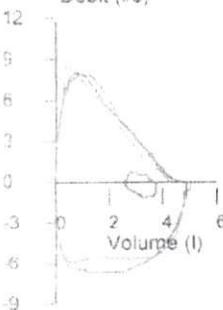
28,1 kg/m²

Post: Salbutamol

30

10

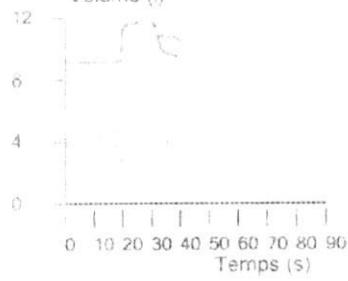
Débit (l/s)



Pm(kPa)



Volume (l)



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré
CV	l	4.61	5.01	109	5.12	111	2
CI	l	3.51	4.10	117	4.41	126	8
VC	l		1.07		1.74		63
VRE	l	1.25	0.61	49	0.71	57	16

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré
VEMS		3.53	3.99	113	4.05	115	2
CVFex		4.43	4.77	108	4.77	108	0
VEMS/CVF		77	84	109	85	110	1
DEP	ms	8.65	8.06	93	7.91	91	-2
DEM25	ms	1.85	2.08	112	2.23	121	7
DEM50	ms	4.65	4.74	102	4.90	105	3
DEM75	ms	7.60	7.71	101	7.88	104	2
DEM 25-75	ms	3.77	4.24	112	4.41	117	4
tex	%		5.3		5.1		-4
VEMS/CV		77	80	103	74	102	-1

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	ZScore
VGT		3.55	3.55	100	0
CPT		7.06	7.94	112	+
VR		2.30	2.93	128	+
DEM25	ms				

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	ZScore
sRAW	ms	0.71	1.05	148	+
RVA	ms	0.20	0.30	148	+
GAW	ms	6.66	3.39	51	-
tex	%				
VEMS/CV		77	80	103	0

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	ZScore
VIN			4.76		
KCO	ml/min	1.42	1.78	126	+
TLCO	ml/min	10.01	12.97	130	+
CRF		3.55	4.07	115	+
VR		2.30	2.71	118	+
VR/CPT	%	35	35	100	0
CPT		7.06	7.72	109	+

Documentant à

Coopération moyenne. Fonction respiratoire normale. DLCO et KCO normaux

Dr. Mohammed EL ISPAHIA
5 Bld. B...

11/12/2020

11/12/2020

10:19

10:19

Température ambiante

22 °C

Test à ciel

Pression ambiante

1021 hPa

Humidité ambiante

50 %

الدكتور نصري

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophtisiologue



الدكتور مصطفى إبراهيمي
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 11.12.2020

M. DIBAI Khalid

Honoraires versés

Le	Consultation	.....	DH
Le	Radiographie Pulmonaire Face :	.....	DH
Le	Radiographie Pulmonaire Profil	.....	DH
Le	Pléthysmographie / DLCO K ₄₀	1200,00	DH
Le	Spirometrie - Oscilling K ₃₀	800,00	DH
Le	Polysomnographie + Polygraphie	.....	DH
Le	Polygraphie sous VNI	.....	DH
Le	Gaz du Sang Artériel K ₁₅	600,00	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 repérage	.....	DH
Le	Exsufflation	.....	DH

TOTAL : 27000,00 DH

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

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

**Endoscopie diagnostique
et interventionnelle**
Fibroscopie bronchique
Bronchoscopie rigide
Thoracoscopie

الدكتور محمد للبر (إسم)
Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophysiologist

الدكتور ع. الناصري
Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophysiologist

Casablanca le 11/12/2020

Monsieur DIRAI Khalid



AB6.0

magnesium marin + B6+B5: 1x2/j

