

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Informations 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.

## **Biologie 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.

## **Éducation :**

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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2765 Société : R.A.M (83215)

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.61372625 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  **Lui-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 : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ctions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## biologie 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.

## éducation :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2765 Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

SOUDSSI

Bahya

Date de naissance :

1947

Adresse : Avenue Djiss Slaoui Rue Bouisakarne

Lotissement M'zouka 5 Faridat N°6 Casablanca

Tél. : 066 37 06 25 Total des frais engagés : 1639,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/08/2024

Nom et prénom du malade : Soudssi Bahya Age: 1947

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Affection respiratoire

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 : Casablanca

Le : 13/08/2024

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
13.08.21 (CS)			200,00	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13.08.21 (EFR)	600,00

## ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Signature et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
YACOUT EL MANSOUR 19 - Casablanca	13.03.21	(Z12)	200,00

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## 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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	$\begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ B & 35533411 \quad 11433553 \end{array}$			<input type="text"/>
		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>



Dr Zineb BERRADA

## Spécialiste des Maladies Respiratoires

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 و النوم و الشخير

الدكتورة زينب بربادة

## أخصائية أمراض الجهاز التنفسى

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب بباريس ديدرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب بباريس ديكارت

شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس

طيبة سابقة بمستشفيات باريس بمنى سالبتيار و بمستشفى 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le : .....

13/08/2021

MME SSOUSSI BAHIJA

- 20/08/2021
- Symbicort turbuhaler 200/6 µg - poudre pour inhalation**  
1 bouffée main et soir, pendant 3 mois et 1 bouffée à la demande si gène respiratoire Se rincer la bouche après
  - Risoneal 50 µg - suspension pour pulvérisation nasale**  
2 pulvérisations dans chaque narine, matin pendant 1 mois
  - Zadryl 10 mg - comprimé sécable**  
1 Comprimé, soir, pendant 7 jours
  - Rhinolaya Protect**  
1 pulvérisation 2 à 4 fois/jour dans chaque narine pendant 10 jours
  - Cotipred 20 mg - comprimé effervescent**  
3 comprimés, matin, après les repas, pendant 5 jours
  - Aulcer 20 mg - gélule**  
1 Gelule, midi, pendant 30 jours

SYNTHEMEDIC  
22 rue souhair khou al aouam roches  
noires casablanca  
SYMBICORT TURBUHALER

400/12µg par dose Pdr p inh  
Flacon de 60 doses  
10514 DMP/21MRC D.P.P.V : 297,00 DH  
6 118001 020935

LOT: 91103  
PER: 05/2022  
PPC: 89,90 DH

PPV: 48DH50  
PER: 06-24  
LOT: K 1284

LOT: 20067  
PER: 03/2023  
PPV: 102,00 DH

LOT: 20013  
PER: 10/2022  
PPV: 102,00 DH

PHARMACIE EDEN ROCK  
Dr. Hanan HABOUCHA  
60, Avenue Tanta & Bd La Corniche  
CASABLANCA - TEL: 05 22 36 35 30

63940

Résidence Espace El Mansour

22 Bd Yacoub El Mansour, 3<sup>ème</sup> Etage Bureau N°27, Maârif Casablanca

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

https://192.168.1.25/1219/Email: pneumologiesommeil@gmail.com

1/1



Spécialiste des Maladies Respiratoires  
des troubles du Sommeil

Dr. BAHIJA SSOUSSI  
Spécialiste des Maladies Respiratoires  
et des Troubles du Sommeil  
Médecin de la Faculté de Médecine de Casablanca  
Médecin de l'Hôpital Ibn Sina de Casablanca



Casablanca le : 13/08/2021

**MME SSOUSSI BAHIJA**

**Radiographie du thorax : Face**

Distension thoracique

Pas de lésion pleuro-parenchymateuse d'aspect évolutif ou séquellaire

Silhouette cardio-vasculaire est normale

Culs-de-sac pleuraux sont libres

Pas d'anomalie évidente du cadre osseux.

13

# Cabinet de PNEUMOLOGIE et d'exploration des troubles du SOMMEIL

Dr BERRADA Zineb

Identifiant: SSOUSSIBAHDA  
 Nom: SSOUSSI, BAHDA  
 Âge: 74 ans 1 mois  
 Taille: 165 cm  
 Sexe: Féminin  
 Fumeur: Non spécifié

Date naissance: 47/06/30  
 Poids: 70 kg  
 Origine: Maghrébin  
 Dyspnée:

Date examen: 2021/08/13 17:00  
 IMC: 31,6  
 Facteur: 100

## Résumé des meilleurs tests de CV lente

	CV	Qualité	Heure	Date
Val. Mes.*	2,25		17:00	2021/08/13
Post1*	2,50		17:11	2021/08/13

## Résumé de tous les tests de CV forcée

	VEMS	CVF	DEP	VEMS/CVF	Qualité	Date	Heure
Val. Mes.	1,65	2,04	3,92	81%		2021/08/13	17:02
Post1*	1,84	2,47	4,70	74%		2021/08/13	17:13

## Paramètres des meilleurs tests sélectionnés

Paramètre	Val. Mes.	Val th.	%Mes.	Post1	%Chg
CV	2,25 l	2,49 l	91%	2,50 l	11%
VEMS	1,65 l	2,07 l	80%	1,84 l	12%
VEMS/CVF	73%			74%	0%
CVF	2,04 l	2,50 l	82%	2,47 l	21%
VEMS/CVF	81%	75%	108%	74%	-8%
DEM75	3,17 l/s	5,06 l/s	63%	3,50 l/s	10%
DEM50	1,68 l/s	3,35 l/s	50%	1,69 l/s	1%
DEM25-75	1,50 l/s	2,47 l/s	61%	1,43 l/s	5%
DEM25	0,73 l/s	0,99 l/s	74%	0,57 l/s	-22%

Âge pulmonaire 90 ans

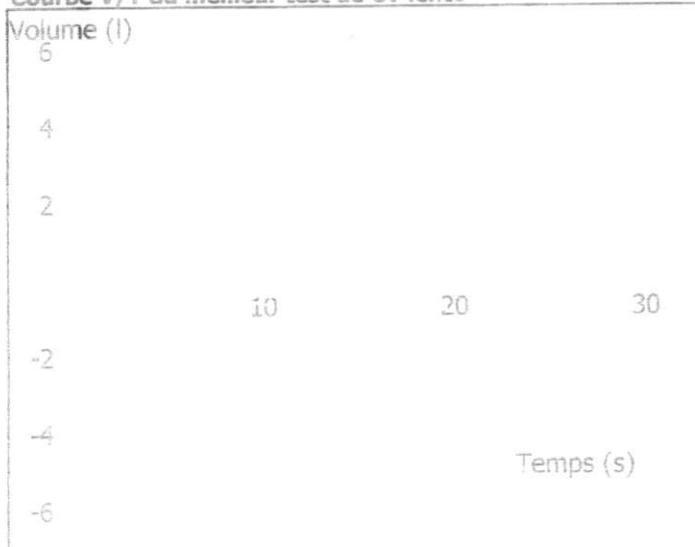
Les valeurs mises entre parenthèses sont des valeurs anormales

Lente: La variation est basée sur CV. Forcé: La variation est basée sur VEMS + CVF.

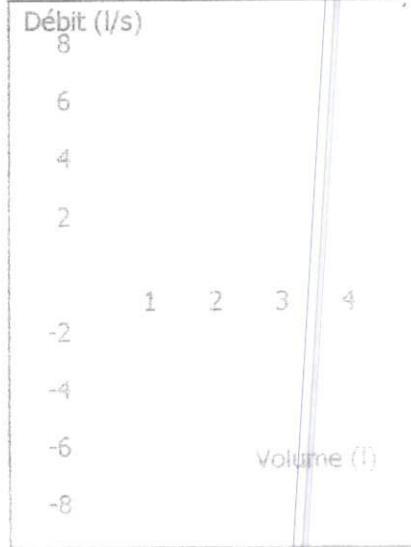
Source prédictive: Finlande - Hannele Koillinen, Olliwanne, Valtteri Niemi, Eero Laakkonen 5-17 ans, AA Viljanen (1981) 18-65 ans ECCS (1993) 66-120 ans

Résultats au BTPS.

## Courbe V/T du meilleur test de CV lente



## Courbe D/V meilleur test CV forcée



## Commentaires personnels

Bonne coopération:

Absence de trouble ventilatoire obstructif ni restrictif

**Facture N°: 793**

Date : 13/08/2021

Bénéficiaire : Mme Ssoussi Bahija  
Mme SSOUSSI BAHIJA

Tél: 0661370625

Email:

Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 13/08/2021				
RX	Radiologie thoracique Z12	1	200,00	200,00
EFR	EFR Spirométrie K30	1	600,00	600,00
CNS	Consultation	1	200,00	200,00
Total				1 000,00

Arrêté le présent document à la somme de :  
mille dirham(s)


Dr Zaino BERRADA  
Pneumologue et pneumonologue  
23, rue Abdellatif Mansour  
Rabat, Abdellatif Mansour  
0522 98 12 19 - Casablanca