

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 1051348

86782

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3294 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NAJEM AHMED

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : HAY LAMOU Rte 16 n° 8 CD.

CASABLANCA

Tél. : 0632098767 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur M. ZIZI
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
PNEUMOLOGIE ALLERGIES RESPIRATOIRES
45, Av Hassan II - Casablanca
Tél: 0522 22 10 94 - Fax: 0522 22 13 94
IN N° : 691142232

Date de consultation : 02/10/2021

Nom et prénom du malade : NAJEM AHMED

Age : 69 ans

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

Nature de la maladie : Bronchite

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) :


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 Paiement des Actes
02/10/2021	C2		2500	
02/10/2021	K2		6500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/10/2021	296.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02.10.21	712	15000

AUXILIAIRES MEDICAUX

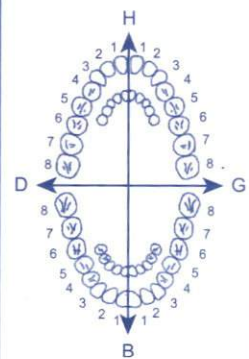
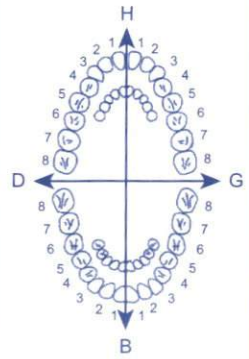
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

عيادة أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
CABINET DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE RESPIRATOIRE

Docteur M. ZIZI

Titulaire du CES de Pneumo-Phtisiologie
de la faculté de médecine de Paris

Membre de la Société de Pneumologie
de Langue Française

Membre de la Société Française d'Allergologie
Lauréat et Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

MALADIES RESPIRATOIRES

Asthme-Allergies

Troubles Respiratoires du Sommeil (Ronflement)

E.F.R Tests Allergologies

Fibroscope Bronchique

Expert assermenté auprès des Tribunaux



الدكتور محمد الزيزي

خارج ممتاز من كلية الطب بباريس

حائز على شهادة أمراض الجهاز التنفسي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الصدر والحساسية
طبيب سابقاً في مستشفيات باريس

أمراض الصدر والجهاز التنفسي

الضيق والحساسية

اضطرابات التنفس أثناء النوم

اختبارات الحساسية

التنظير الليفي القصبي

خبير محلف أمام المحاكم

Casablanca le 02 10 2021

الدار البيضاء في

NAJEM AHMED

S.V

1 INHALation BRONCOTEC matin et soir

RELAXIUM

S.V

1c le soir au coucher

صيدلية التقدم
PHARMACIE DU PROGRES
EL GUERMAJ Abdelghani
9, Place du 16 Novembre
Casablanca - Tél: 0522 22 05 29
Fax: 0522 20 13 06

يجب قراءة هذه النشرة قبل الاستعمال.

PPV : 197 DH 90
Médicament autorisé N° 163/16 DMP/21/NRO

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES
احترم المقادير الموصوفة
Uniquement sur ordonnance - Liste I
يصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة 1

XANT

LOT: 210294
DLUO: 05/2024
99,00DH

Laboratoires Deva Pharmaceutique
J.OUAJDI Pharmacien Responsable

TRAITEMENT POUR 10 JOURS

Docteur M. ZIZI
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
PNEUMOLOGIE ALLERGIES RESPIRATOIRES
45, Av Hassan II - Casablanca
Tél: 0522 22 10 94 - Fax: 0522 22 13 94
INP N°: 091142232

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-RESPIRATOIRES

DOCTEUR MOHAMED ZIZI
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
45 Avenue Hassan II
Casablanca
Tel : 0522 22 10 94 Fax : 0522 22 13 94
E-mail : mdzizi@gmail.com

02.10.21

Facture de M.(Mme) **NAJEM AHMED**
La somme de **78 1050DH**

Pour: Consultation C2	250DH
Radiographie Thoracique: Z12	150DH
Exploration Fonctionnelle Respiratoire: K20	650DH
Tests Allergologiques: 2K15	650DH
E.C.G.: K16	300DH
Echocardiographie Doppler couleur: Z 80	900DH
Echo -Doppler Vasculaire: Z 60	800DH
Holter (rythmique) (tensionnel): K100	1000DH
Epreuve d'effort	1000DH

Docteur M. ZIZI
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
PNEUMOLOGIE ALLERGIE RESPIRATOIRES
45, Av Hassan II - Casablanca
Tél: 0522 22 10 94 - Fax: 0522 22 13 94
INP N° : 051142232

**CABINET DE PNEUMOLOGIE ET
D' EXPLORATIONS RESPIRATOIRES**

DOCTEUR MOHAMED ZIZI
Ancien Interne des hôpitaux de Paris

02.10.21

45 Avenue Hassan II
Casablanca
Tel : 0522.22.10.94 e.mail :mdzizi @gmail.com

Nom:

NAJEM

Prenom :

AHMED

Radiographie Thoracique

Compte Rendu:

Absence de lésions pleuro paenchymateuses évolutives,

Absence d'atteinte médiastinale

Coeur de volume normal,

Au Total: IMAGE THORACIQUE NORMALE.

Docteur M. ZIZI
Ancien Interne des hôpitaux de Paris
PNEUMOLOGIE ALLE - Casablanca
45, Av Hassan II - 13990 planes
Tél: 0522 22 10 94 - Fax: 0522 22 13 94
INP N° : 091142132

DOCTEUR MOHAMED ZIZI
CABINET DE PNEUMOLOGIE ET D'ALLERGOLOGIE RESPIRATOIRE
EXPLORATION FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE

45, Avenue Hassan II - Casablanca Tel:022.22.10.94 - Email:mdzizi@hotmail.com

NAJEM, AHMED

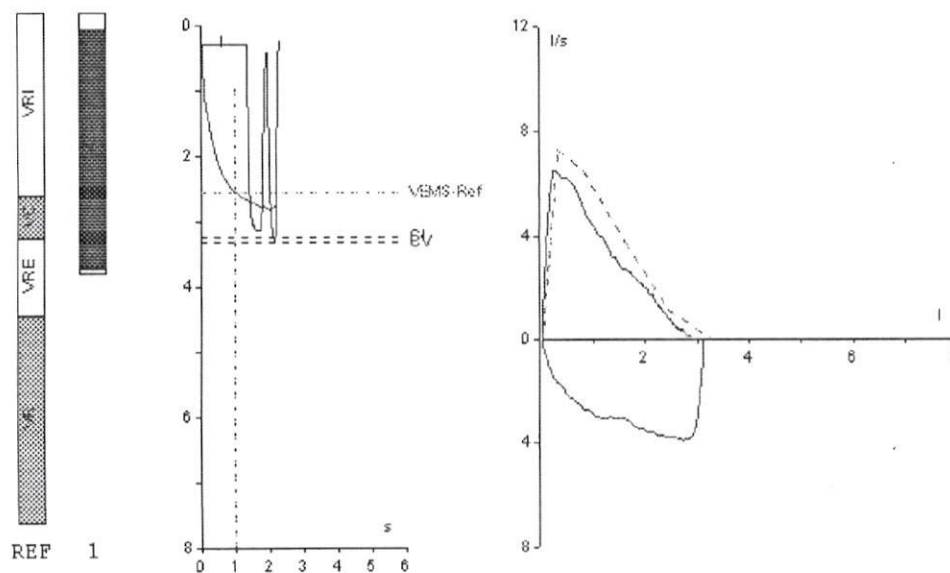
ID-Nr: 3884

Remarques:

164 cm, 80 kg, masc. *01.01.1952 =69ans

mesuré le 02.10.2021 à 10:39 h

Spirométrie, Courbe Débit/Volume



Paramètres statiques

Paramètre	Valeur	%Théor.	Théor.	Unité
CV	3.11	91	3.42	l
VRE	0.08	9	0.93	l
VRI	0.21			l
VC	2.82			l
CI	3.03	114	2.65	l

Paramètres dynamiques

CVF	2.88	87	3.31	l
VEMS	2.56	100	2.56	l
VEMS/CV	83	110	75	%
VEMS/CVF	89	119	75	%
DEP	6.45	89	7.25	l/s
DEM75	5.53	85	6.48	l/s
DEM50	3.13	84	3.73	l/s
DEM25	1.65	144	1.15	l/s
DEMM25-75	2.94	101	2.91	l/s
DIP	3.89	113	3.45	l/s
DIM50	3.08	69	4.49	l/s
Aex	9.24			l*1/s

Commentaires:

ABSENCE DE SYNDROME OBSTRUCTIF OU RESTRICTIF