

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.

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.

Educations :

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.

Maladie chronique :

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

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

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° M21- 064259

95829
Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05543

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ROKHSSA YOUSSEF

Date de naissance : 25-04-1963

Adresse : 6 Rue Beyroute Lot Irakia Berrechid 26100

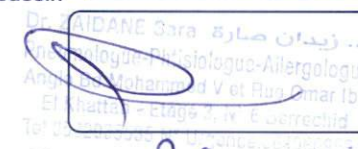
Tél. : 067785461

Total des frais engagés : 697,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/12/2021

Nom et prénom du malade : Dr. Rokhssa Youssef

Age : 59

Lien de parenté : ☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie 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 : Berrechid

Le : 09 / 12 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
07-12-2021		Spécialité + 100,000	INPE, 061251500	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	07/12/2021	197,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

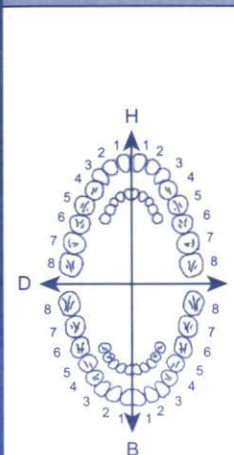
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient



Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

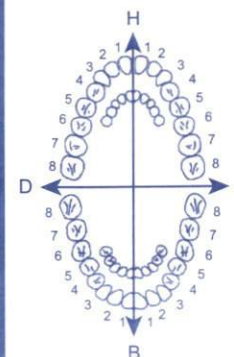
DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient DES TRAVAUX

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

Dr. ZAIDANE Sara

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
Adultes et enfants

Asthme, allergies respiratoires - Tests cutanés
Tuberculose - Bronchoscopie, Spirométrie
Ronflements et apnées du sommeil - Pathologies
liées au tabac - Maladies professionnelles



د. زيدان صارة

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
كبار وأطفال

الضيق، الحساسية - إختبار الحساسية
مرض السل - الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة
الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم - أمراض التدخين
الأمراض المهنية

Berrechid, le 07.12.2021

M. Rokissa Youssef

197,90

1) Bronstec

1 gélule à inhaler x 21,
(1 m^{se})

Dr. ZAIDANE Sara
Pneumologue-Phtisiologue-Allergologue
Angle Bd Mohamed V et Omar Ibn El Khattab
El Khattab - Etage 3, N° 6 Berrechid
Tel: 0522035535 N° Urgence : 0649069541

BERRADA Omar
Pharmacie Chaouia
182, Av. Moulay Ismail, 26102
Berrechid - Tél. : 0522 33 72 28
INPE : 062018379

Composition :

Formotérol fumarate 12 µg par gélule.
Excipients pour une gélule.
Excipient à effet notoire : lactose.
A conserver à une température inférieure
à 25°C.
Tenir hors de la portée et de la vue des
enfants.
Lire la notice avant utilisation.

التركيبة:

فوماترول فورموتيرول: 12 مكغ في برشامة.
سواغات في كمية كافية لبرشامة.
سواغ ذو تأثير معروف: لاکتوز.
يُحفظ في درجة حرارة لا تتعدى 25 درجة مئوية.
يُحفظ بعيداً عن مראى و متناول الأطفال.
يجب قراءة هذه النشرة قبل الاستعمال.

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

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترم المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
بصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة 1

Dr. ZAIDANE Sara

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue
Adultes et enfants

Asthme, allergies respiratoires - Tests cutanés

Tuberculose - Bronchoscopie, Spirométrie

Ronflements et apnées du sommeil - Pathologies
liées au tabac - Maladies professionnelles



د. زيدان صارة

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية
كبار وأطفال

الضيق، الحساسية - إختبار الحساسية
مرض السل - الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة
الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم - أمراض التدخين
الأمراض المهنية

Berrechid, le 07.12.2021

Nom et prénom : **Rokhssa Youssef**

Facture

A la suite de la consultation du 07/ 12/2021, je présente
à **Mr Rokhssa Youssef**, suivant l'usage, ma note
d'honoraires dont le détail se trouve ci-dessous :

Acte	Honoraires
Spirométrie	500 dhs

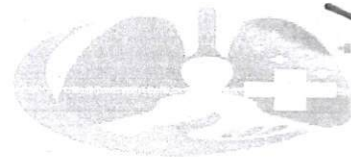
Dr. ZAIDANE Sara
Pneumologue-Phthiologue
111, angle Bd Moh
El Khatib
Téléphone : 06 49 06 95 84
Berrechid
0649069584

Cabinet de pneumologie Dr Zaidane Sara

Angle bd Med 5 et rue Omar Ibn EL Khettab

3ième étage App 6 Berrechid

05 22 03 55 35



Rokhsa, Youssef

ID: 35/21

Age: 58 (25/04/1963)

Sexe Masculin
Ethnicité Caucasien

Taille 171 cm
Poids 85 kg IMC 29.1

CV et BDV

Votre VEMS/théorique: 82 %

Date du test 07/12/2021 16:44:55

Interprétation

GOLD(2008)/Hardie

Sélection de Meill. valeur

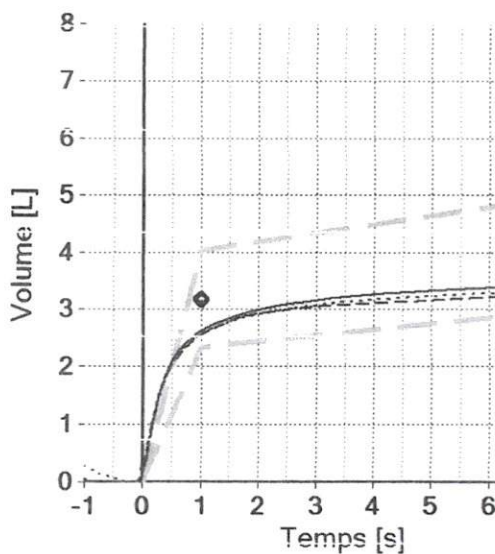
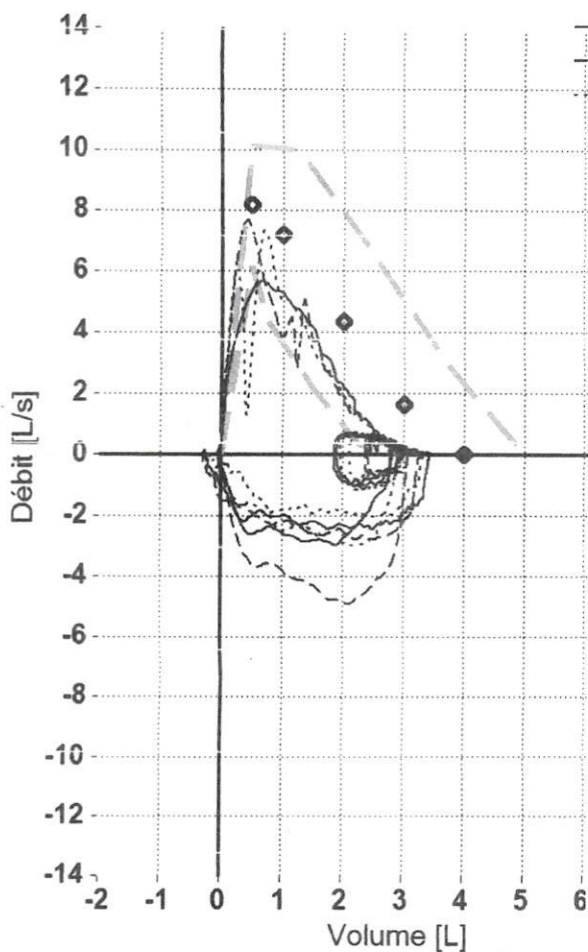
Heure post

Val. théo.

ERS (ECCS/EGKS), 1993

BTPS (insp/exp) 1,12/1,02

Paramètre	Théo.	Lin	Pré				%Théo.	Z
			Meilleur	Essai 4	Essai 2	Essai 3		
CVF [L]	4,00	3,00	3,43	3,43	3,25	3,32	86	-0,93
VEMS [L]	3,18	2,34	2,61	2,61	2,56	2,56	82	-1,11
VEMS/CVF [%]	76,7	64,9	76,2	76,2	78,6	77,2	99	-0,06
DEP [L/s]	8,15	6,16	7,73	5,67*	7,73	7,43	95	-0,35
DEM75 [L/s]	7,18	4,37	5,32	5,32	4,87	5,86	74	-1,09
DEM50 [L/s]	4,33	2,16	3,18	3,18	3,11	2,89	73	-0,87
DEM25 [L/s]	1,61	0,33	0,73	0,73	0,93	0,74	45	-1,13
DEF25-75 [L/s]	3,52	1,81	2,20	2,20	2,26	2,17	63	-1,27



Coopération: bonne

Interprétation : syndrome des petites voies aériennes.