

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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.

Matricule : 05543 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ROKHOSA YOUSSEF

Date de naissance : 25-04-1963

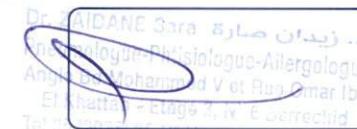
Adresse : 6 Rue Beyrouth lot Isakia Berrechid

26100

Tél. : 0677856461 Total des frais engagés : 697,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 07/07/2021

Nom et prénom du malade : DR DAKHLA YOUSSEF Age: 59

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pathologie respiratoire

En cas d'accident préciser les causés 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 : Rabat le 09/07/2021

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
08.79	1021	Spectre	+ 100.00	INPE, 06/05/1980

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>Pharmacie Chouïa Bachid - Tel : 062-01-082-82 INPE : 06201-082-82</i>	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
		A M	P C	I M	I V	

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 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 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(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		

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

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى 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.

107,90

1) Bronctee

1 gélule à inhaler x 21,5
(1 mois)

Dr. ZAIDANE Sara صارة
Pneumologue-Phtisiologue - Allergologue
Angle Bd Mohammed V et rue Omar Ibn
El Khattab - Tlaga 3, N° 6 Berrechid
Tél: 0622035535 N° Urgence: 0649000088

BERRADA Omar
Pharmacie Chaouia
182, Av. Moulay Ismail, 26102
Berrechid - Tél. : 0522 33 72 20
INPE : 062018379

Composition :

Formoterol 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:

فوريوتيرول: 12 مكغ في برشمة.

سواغات في كمية كافية لبرشمة.

سواغ ذو تأثير معروف: لاكتوز.

يحفظ في درجة حرارة لا تتعدي 25 درجة مئوية.

يحفظ بعيداً عن مرأى 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

يصرف 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

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

كبار وأطفال

الضيق، الحساسية - اختبار 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-Phtisiologue
3eme étage
Angle Bd Moh.
El Khattab et Bd
Talha
Berrechid
Téléphone : 0522035535 / N° d'urgence : 0649069584 / e-mail : dr.zaidanesara@gmail.com - ICE : 002611790000088
111, angle Bd. Mohamed 5 et Omar Ibn El Khattab, Appartement N° 6,
3eme étage (ascenseur disponible au 1er étage) Berrechid

Cabinet de pneumologie Dr Zaidane Sara

Angle bd Med 5 et rue Omar Ibn EL Kettab

3ième étage App 6 Berrechid

05 22 03 55 35



Rokhssa, Youssef

ID: 35/21

Age: 58 (25/04/1963)

Sexe Masculin

Taille

171 cm

Ethnicité Caucasian

Poids

85 kg

IMC 29,1

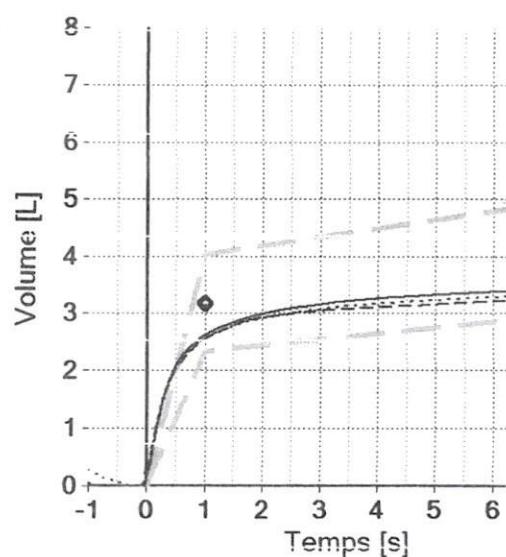
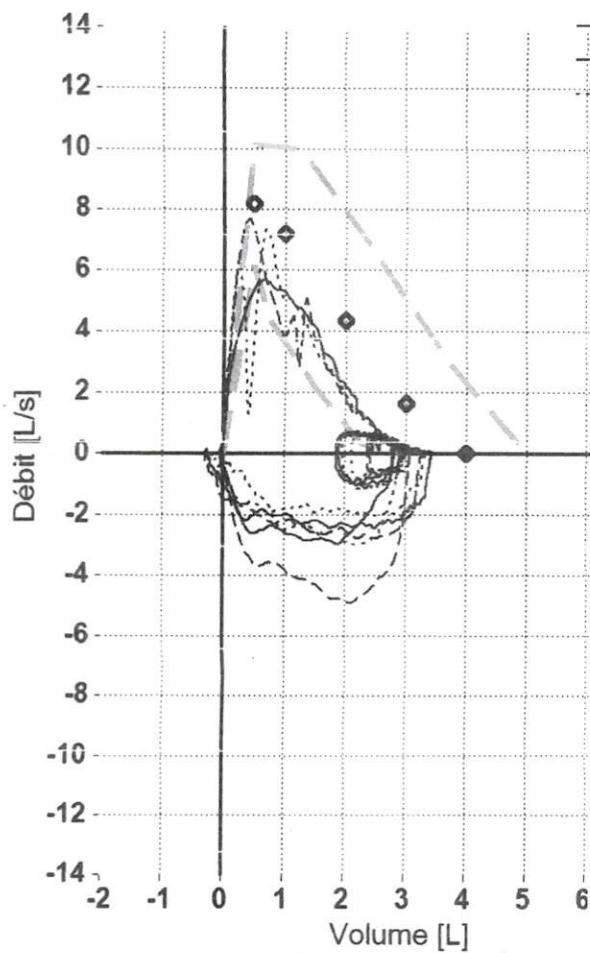
CV et BDV

Votre VEMS/théorique: 82 %

Date du test	07/12/2021 16:44:55	Interprétation	GOLD(2008)/Hardie	Sélection de valeur	Meill. valeur
Heure post		Val. théo.	ERS (ECCS/EGKS), 1993	BTPS (insp/exp)	1,12/1,02

Pré

Paramètre	Théo.	L1	Meilleur	Essai 4	Essai 2	Essai 3	%Théo.	Z
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
DEF [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.