

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 caractère personnel.

N° W19-433933

109467

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <u>12569</u>	Société : <u>RAM</u>	<input type="checkbox"/> Autres :
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>IFRI QUINE ISMAIL</u>		
Date de naissance : <u>28/02/1987</u>		
Adresse :		
Tél. : <u>0661078501</u>	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :	<u>Dr. BELHOUSSENE DRISSI Med</u> Pneumologue - Allergologue 59, Bd Rahal El Meskini - Casablanca Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 88 71	
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :	<u>IFRI QUINE ISMAIL</u>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<u>Affection R'expiratione</u>	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential à l'a médecin conseil de la Mutuelle.		

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 27/12/1

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet en signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
27/12/21	CO		300	IN
			600	BELHOUSSEK Pneumologue BP 2463 70 - 0521 13831
			500	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/12/91	224,50

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

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																	
<p>SOINS DENTAIRES</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																	
MONTANTS DES SOINS																																	
DEBUT D'EXECUTION																																	
FIN D'EXECUTION																																	
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411																				
	H	25533412	21433552																														
	D	00000000	00000000																														
	B	00000000	11433553																														
	G	35533411																															
	CCEFFICIENT DES TRAVAUX																																
	MONTANTS DES SOINS																																
	DATE DU DEVIS																																
	DATE DE L'EXECUTION																																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>																																

Docteur BELHOUSSINE DRISSI Mohammed

PNEUMO-ALLERGOLOGUE

Diplômé de l'Université de GRENOBLE

Spécialiste des Maladies Respiratoires
Asthme - Tuberculose - Allergies Respiratoires

Spirométrie - Bronchoscopie

Pathologie du Sommeil - Ronflement

Sevrage Tabagique

59, Bd. RAHAL EL MESKINI - CASABLANCA

Tél.C : 05 22 44 83 70

05 22 44 83 71

GSM : 06 61 15 68 72

الدكتور بلالحسين إدريسي محمد

خريج جامعة كرونوبول بفرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى

أمراض الرئة - الصبيحة - داء السل

أمراض الحساسية - أمراض الشيخوخة

59. شارع رحال المسكيني - الدار البيضاء

الهاتف ع : 05 22 44 83 70

05 22 44 83 71

الهاتف م : 06 61 15 68 72

27/12/2021

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

MR IFRIQUINE ISMAIL

• **AXAIR 250**

1 bouffée matin midi et soir 10 puis 1 bouffée matin et soir . se rincer la bouche après .

• **Prazol 20 mg**

1 gélule avant le repas GM

Dr. BELHOUSSINE DRISSI Mohammed
Pneumologue- Allergologue
59, Bd Rahal El Meskini , Casablanca
Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71
mbelhoussinedrissi@gmail.com



PPV : 52DH80
PER : 23/24
LOT : K28252-2



Voie orale

EXP : 01/2023
LOT : 21A292
PPV : 171,70 DH

AXAIR 250 mcg

Propionate de Fluticasone

Poudre pour inhalation en gélules
60 gélules

Voie inhalée
Avec Inhalateur



Docteur BELHOUSSINE DRISSI Mohammed

PNEUMOLOGUE-ALLERGOLOGUE

Diplômé de l'Université de GRENOBLE

Spécialiste des Maladies Respiratoires
et des Allergies Respiratoires

Pléthysmographie - Bronchoscopie

Pathologie du Sommeil - Ronflement

الدكتور بلال حسین إدريسی محمد

خريج جامعة كرونوبول بفرنسا

اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى

أمراض الرئة - الضيقه - داء السل

أمراض الحساسية - أمراض الشيخير

Casablanca le : 27.12.2021 الدار البيضاء في :

M. IFLI QUINE ISMAIL

Mari d'honneur

E FR K30

Sick cert MTS

Dr. BELHOUSSINE DRISSI Med
Pneumologue - Allergologue
59, Bd RAHAL EL MESKINI - Casablanca
Tél: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71

DR BELHOUSSINE DRISSI Mohammed

PNEUMO ALLERGOLOGUE

59.Bd RAHAL EL MESKINI.CASABLANCA

TEL 05 22 44 83 70

Nom : ISMAIL IFRIQUINE

Taille: 187 cm

Age: 34 Ans

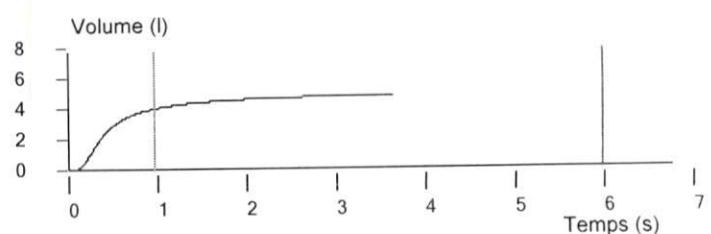
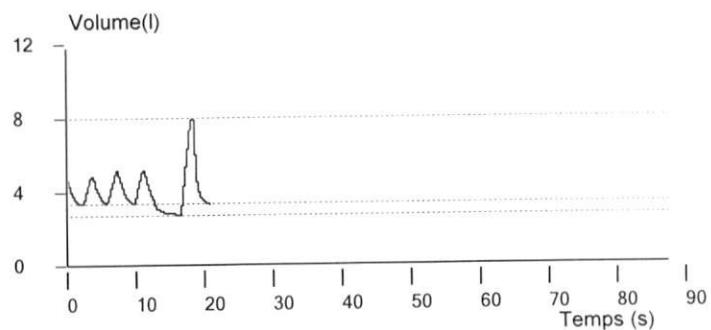
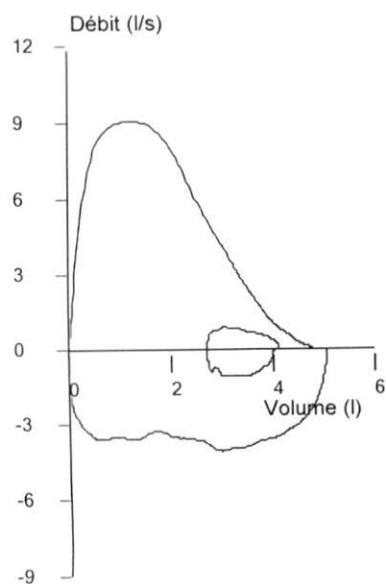
Poids: 106 kg

Genre: Masculin

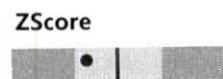
Date Naissance: 28/02/198

ID: ISMIFR28021987

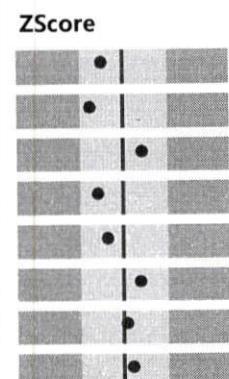
Medication:



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref
CV	l	5,81	5,17	89
CI	l	4,26	4,41	103
VC	l		1,75	.
VRE	l	1,62	0,57	35



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref
VEMS	l	4,57	4,18	91
CVFex	l	5,55	4,82	87
VEMS/CVF	%	81	87	.
DEP	l/s	10,17	9,07	89
DEM25	l/s	2,66	2,27	85
DEM50	l/s	5,68	6,59	116
DEM75	l/s	8,75	9,07	104
DEM 25-75	l/s	4,87	5,30	109
tex	s		4,0	



Commentaire: ABSENCE DE TROUBLE VENTILATOIRE OBSTRUCTIF SIGNIFICATIVEMENT PATHOLOGIQUE

Dr. BELHOUSSINE DRISSI Mohammed
Pneumologue - Allergologue
59, Bd Rabah El Meskini Casablanca
Tel: 0522 44 83 70 - 0522 44 83 71
mbelhoussinedrissi@gmail.com

Date: 27/12/2021

Température ambiante:

22 °C

Temps: 17:37

Pression ambiante:

1022 hPa

Humidité ambiante :

50 %

Technicien: