

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 canaux, 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 canaux.

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W19-528353

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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) :

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
	BODY-PTERYG		1000	
	Emeryg			
	(b hio)			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

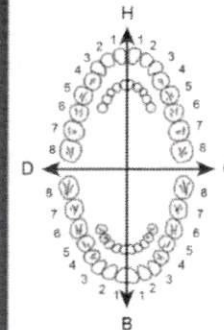
Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []



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		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

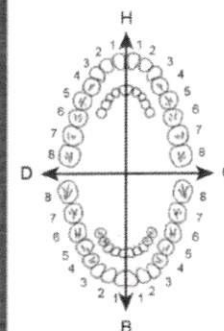
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Cabinet d'Exploration Respiratoire, d'Allergologie et du Ronflement

Docteur O.H. LARAQUI

Maladies Allergiques Respiratoires

Ronflement et Apnées du Sommeil

DU Tuberculose, DU Handicap Respiratoire

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de la société de Pneumologie de Langue Française

Membre de la société Française d' Allergologie

Casablanca, le

02 SEPT 2022

Docteur O. LARAQUI HOSSINI
Enfants et Adultes
Maladies Respiratoires Allergiques
Maladies du Sommeil

RECU

Body-pléthysmographie corporelle K40 = 1 000 DHS

(Mille dirhams)

Docteur O. LARAQUI HOSSINI
Enfants et Adultes
Maladies Respiratoires Allergiques
Maladies du Sommeil

778, Bd El Qods 4^{ème} étage, Casablanca- Tél: 05-22-48-26-86



ID Patient:	217 SAS	Sexe:	Masculin	Taille:	186 cm
Nom:	CHALAK	Date de naissance:	05/10/1962	Poids:	112 kg
Prénom:	Ziad	Age:	59 Ans	IMC:	32,4 kg/m ²

	Unité	Théor.	LLN	ULN	Pre	%Pred.
CV	l ⁽¹⁾	5,04 ⁽¹⁾	4,12 ⁽¹⁾	5,96	5,38	107%
VC	l ⁽²⁸⁾	0,78 ⁽²⁸⁾			0,90	115%
CVF	l ⁽¹⁾	4,84 ⁽¹⁾	3,84 ⁽¹⁾	5,84	5,35	110%
VEMS	l ⁽¹⁾	3,80 ⁽¹⁾	2,96 ⁽¹⁾	4,64	4,49	118%
VEMS/CVF	% ⁽¹⁾	77 ⁽¹⁾	65 ⁽¹⁾	88	84	110%
VEMS/CVL	% ⁽¹⁾	77 ⁽¹⁾	65 ⁽¹⁾	88	83	109%
DEP	l/s ⁽¹⁾	9,03 ⁽¹⁾	7,04 ⁽¹⁾	11,02	12,12	134%
DEM75	l/s ⁽¹⁾	7,97 ⁽¹⁾	5,16 ⁽¹⁾	10,78	9,95	125%
DEM50	l/s ⁽¹⁾	4,87 ⁽¹⁾	2,70 ⁽¹⁾	7,04	4,60	94%
DEM25	l/s ⁽¹⁾	1,98 ⁽¹⁾	0,70 ⁽¹⁾	3,26	2,30	116%
DEM25-75	l/s ⁽¹⁾	3,77 ⁽¹⁾	2,06 ⁽¹⁾	5,48	4,52	120%
Rawtot	kPa/(l/s) ⁽¹⁾	0,30 ⁽¹⁾			0,07	25%
sRawex	kPa*s				0,68	
VR	l ⁽¹⁾	2,50 ⁽¹⁾	1,83 ⁽¹⁾	3,17	2,63	105%
VRE	l ⁽¹⁾	1,29 ⁽¹⁾			2,18	169%
VGT	l ⁽¹⁾	3,79 ⁽¹⁾	2,80 ⁽¹⁾	4,78	4,81	127%
CPT	l ⁽¹⁾	7,78 ⁽¹⁾	6,63 ⁽¹⁾	8,93	8,08	104%
VR/CPT	% ⁽¹⁾	37 ⁽¹⁾	28 ⁽¹⁾	46	32	89%
VGT/CPT	% ⁽¹⁾	56 ⁽¹⁾	45 ⁽¹⁾	67	59	106%

INTERPRETATION

I - MOTIF DE L'EXAMEN

Patient âgé de 59ans, IMC à 32.4 kg/m², SPO2 = 97%, pouls = 59 bat/mn, d'origine caucasienne. Bilan fait dans le cadre d'une gêne respiratoire.

II - CONDITIONS DE L'EXAMEN

Examen réalisé en position assise avec embout buccal. Coopération correcte pour la courbe débits-volumes permettant l'interprétation des résultats.

III - RESULTATS

1 - Courbes débits-volumes et volumes-temps

Les courbes débit-volume et volumes temps sont dans la limite des normes.

2 - Pléthysmographie

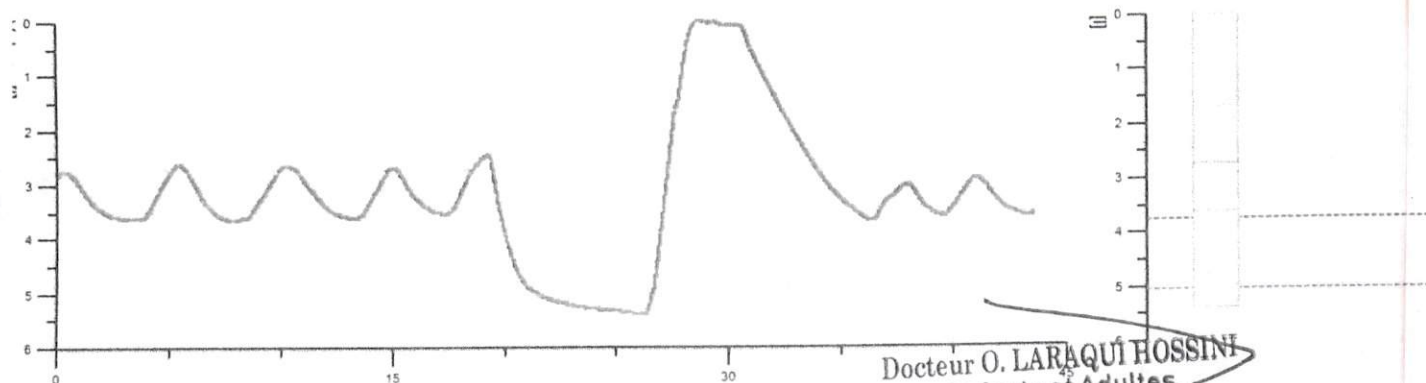
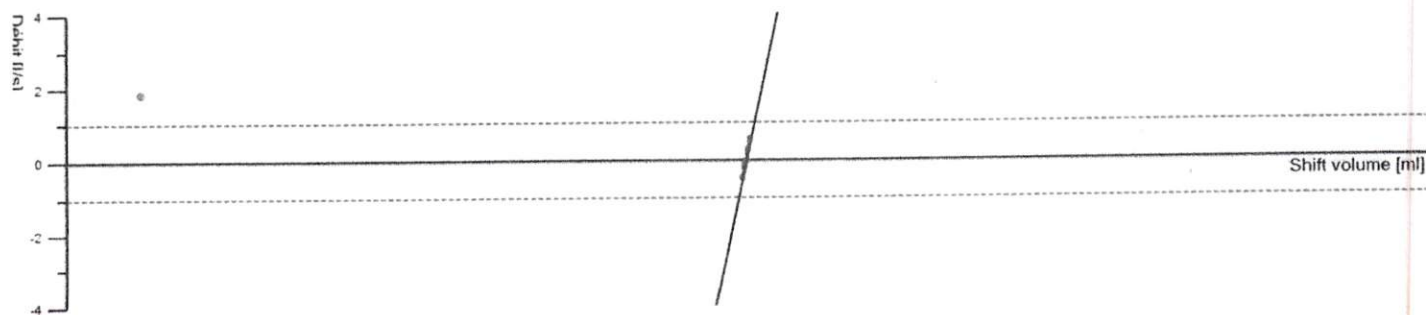
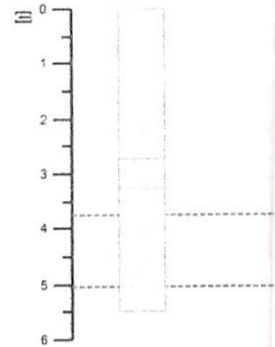
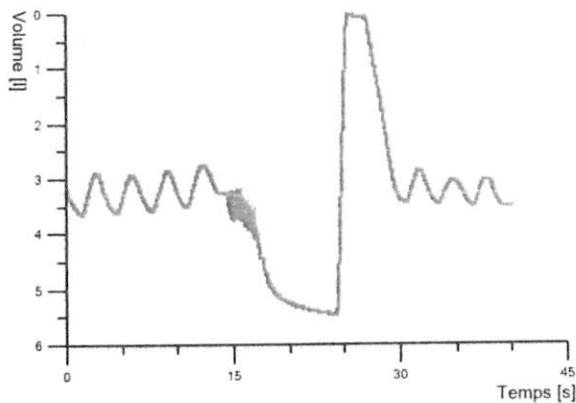
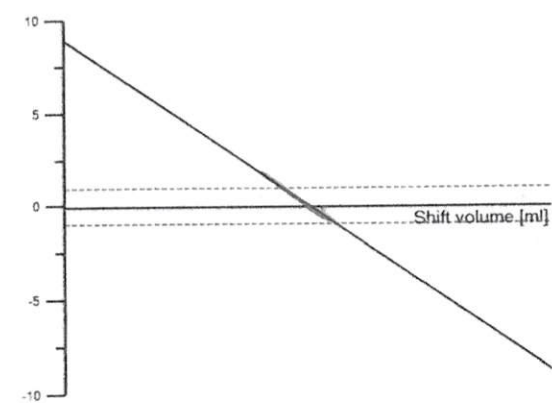
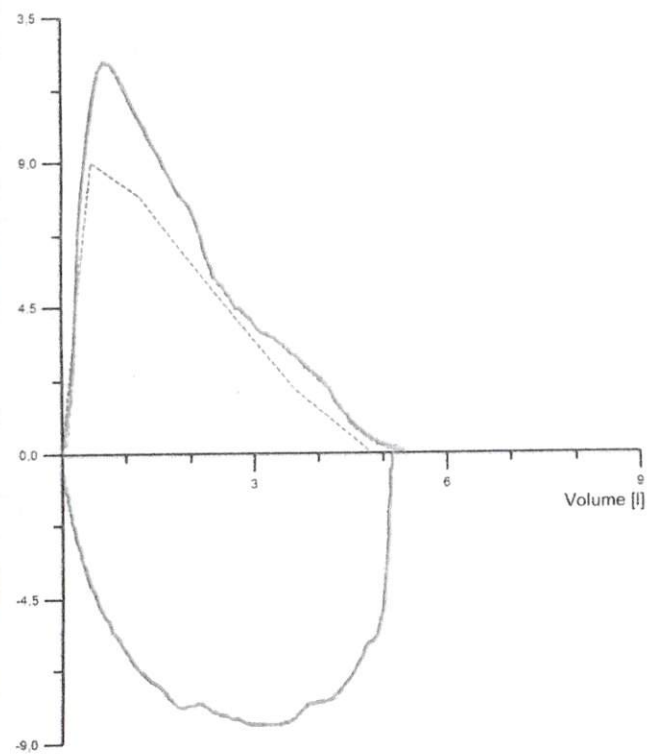
L'étude des volumes pulmonaires en pléthysmographie ne montre pas de syndrome restrictif ; la CPT = 104% de la valeur théorique.

3 - Résistances des voies aériennes sont augmentées

IV - CONCLUSION

Fonction ventilatoire normale.

Docteur O. LARAQUI HOSSINI
Enfants et Adultes
Maladies Respiratoires Allergiques
Maladies du Sommeil



Docteur O. LARAQUI HOSSINI
 Enfants et Adultes
 Maladies Respiratoires Allergiques
 Maladies du Sommeil