

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

- 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.

N° W19-528353

128087

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : CHAKAK 9381			
Société : RAM			
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : CHALAK Elia			
Date de naissance : 1951/07/62			
Adresse : Résidence Amelie Lussia Rue 25 Mars			
Tél. : 0661434897		Total des frais engagés : 1000 DH Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Docteur O. LARAQUI HOSSINI Enfants et Adultes Maladies Respiratoires Allergique Maladies du Sommeil			
Date de consultation : 02 SEPT 2022			
Nom et prénom du malade : CHAKAK 9381			
Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Jene Malaria <input type="checkbox"/> Enfants et Adultes <input type="checkbox"/> Conjoint			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Docteur O. LARAQUI HOSSINI Enfants et Adultes Maladies Respiratoires Allergique Maladies du Sommeil			
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) : _____

ACCUEIL

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Dochet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10/07/2012	Body - pectoral - smeign plus (K.H)		1000	<i>INSTITUT LARAQUI HOSSINI Enfants et Adultes Maladies Respiratoires Allergiques Maladies du Sommeil</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

VOLUME 1

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 l'ODF.																											
<p>SOINS DENTAIRES</p>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																							
<p>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des travaux <input type="text"/>																							
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21423552</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2" style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">B</td> </tr> </table>			H	25533412	21423552			00000000	00000000	D		G				00000000	00000000			35533411	11433553			B		Montants des soins <input type="text"/>
	H	25533412	21423552																								
			00000000	00000000																							
	D		G																								
			00000000	00000000																							
			35533411	11433553																							
			B																								
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Debut d'exécution <input type="text"/>																							
				Fin d'exécution <input type="text"/>																							
			Coefficient des travaux <input type="text"/>																								
			Montants des soins <input type="text"/>																								
			Date du devis <input type="text"/>																								
			Date de l'exécution <input type="text"/>																								
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

REÇU

100
C 142105

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	⁽¹⁾	5,04 ⁽¹⁾	4,12 ⁽¹⁾	5,96	5,38	107%
VC	⁽²⁸⁾	0,78 ⁽²⁸⁾	⁽²⁸⁾		0,90	115%
CVF	⁽¹⁾	4,84 ⁽¹⁾	3,84 ⁽¹⁾	5,84	5,35	110%
VEMS	⁽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⁾	⁽¹⁾		0,07	25%
sRawex	kPa*s				0,68	
VR	⁽¹⁾	2,50 ⁽¹⁾	1,83 ⁽¹⁾	3,17	2,63	105%
VRE	⁽¹⁾	1,29 ⁽¹⁾	⁽¹⁾		2,18	169%
VGT	⁽¹⁾	3,79 ⁽¹⁾	2,80 ⁽¹⁾	4,78	4,81	127%
CPT	⁽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

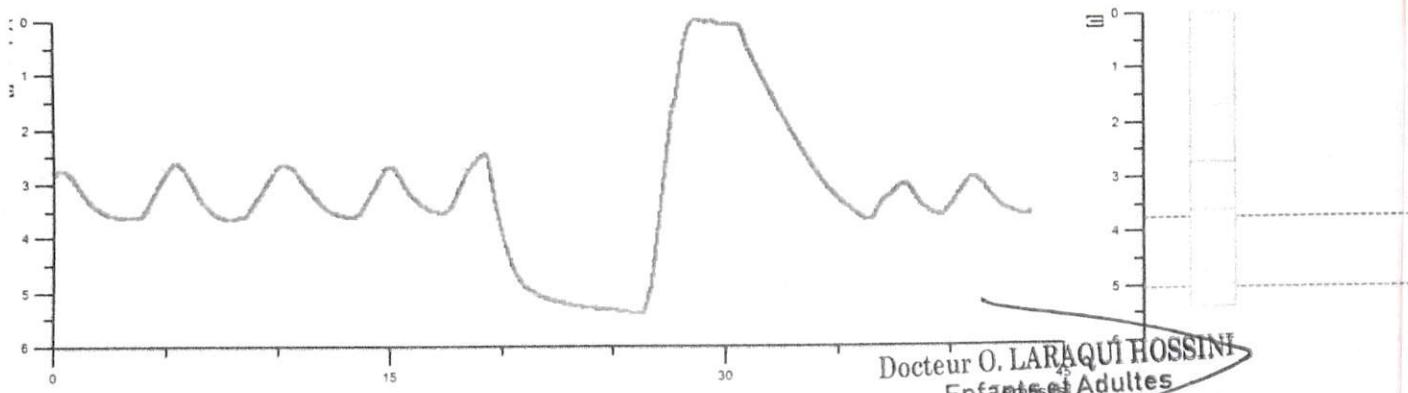
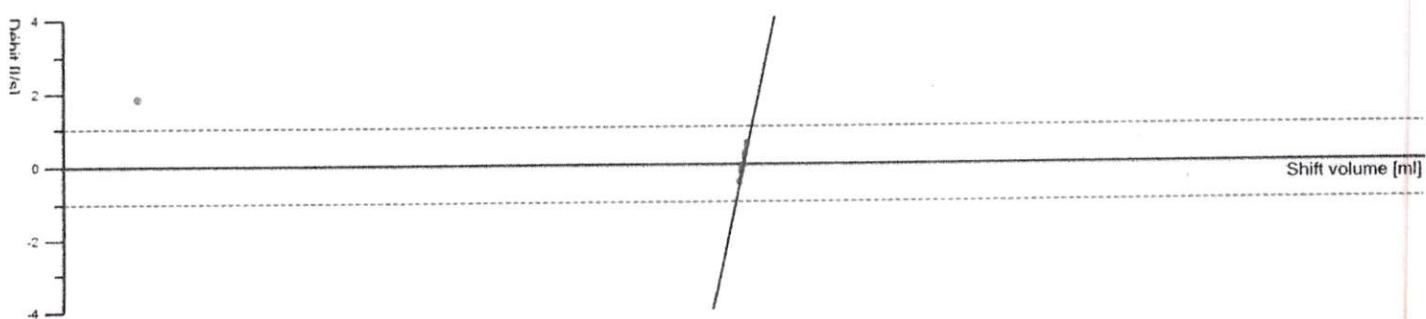
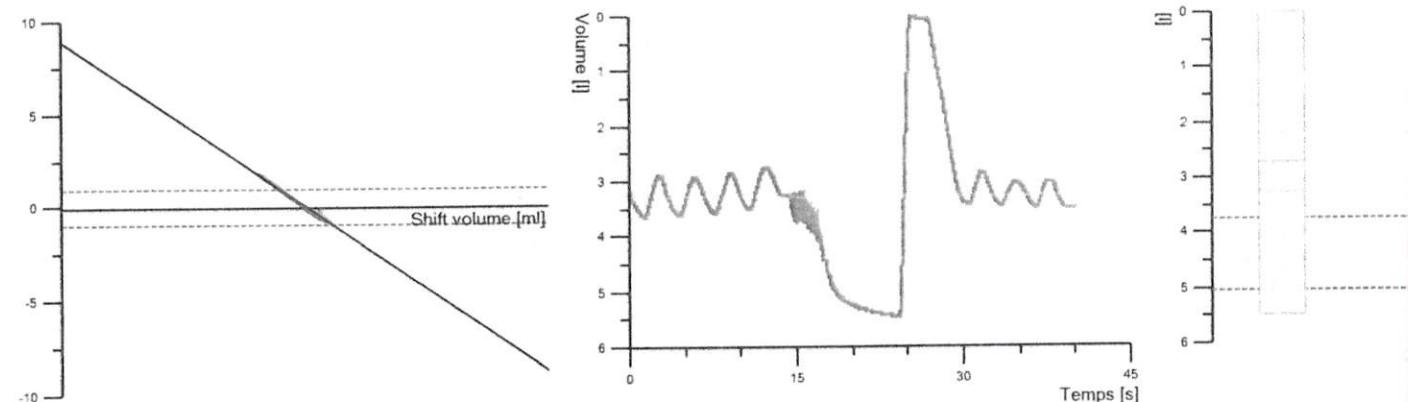
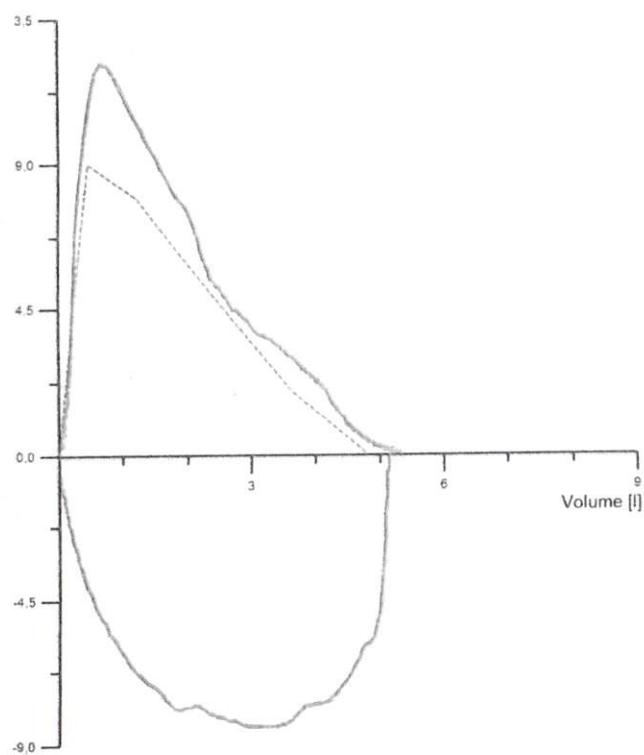
L'étude des volumes pulmonaires en pléthysmographie ne montre pas de syndrome restrictif ; la CPT = 104% de la valeur théorique.

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. LARAQUÍ HOSSINI
Enfants et Adultes
Maladies Respiratoires Allergiques
Maladies du Sommeil