

## 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 l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W19-478039

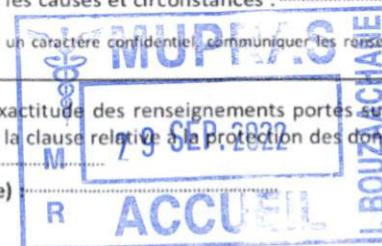
131499

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10573		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : LOUAFI SAID			
Date de naissance : LOT BLAD CHAMAT 154			
Adresse : 16/04/71			
Tél. : 0610866586		Total des frais engagés : 1058,70 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
161-0663-20-44-92 3ème Etage Appart. 8 - Casablanca 93, Boulevard Oum Râbia Oufir Pneuma-Pharmaco-Allogéologie <b>DR. HIND BAKKAL</b>			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 28/09/2022			
Nom et prénom du malade : Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : allergie à BPCO			
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'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA M 29 SEP 2022 Le : 29/10/2022  
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
28/09/2022	cst gratuite + spiro stme 600\$M			

## ~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

Cachet du Pharmacien du du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
D. Beldi Oued Sidi Oulta CASABLANCA Tel: 0522 90 13 90	28/09/2022	1.58,83

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **BELEVE 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr. Hind BAKKAL

Spécialiste en Pneumo-Phtisio-Allergologie  
 Lauréat de la Faculté de Médecine  
 et de Pharmacie Casablanca  
 Asthme - Tuberculose - Allergie  
 Bronchoscopie  
 Tests cutanés - EFR (Spirométrie)  
 Aide au servage tabagique  
 Maladies professionnelles  
 Ronflements et apnées du sommeil

ذ. هند بقال

أخصائية في أمراض التنفس، الحساسية و الربو  
 خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء  
 الضيق، السل و الحساسية  
 الفحص بالمنظار  
 فحص وظائف الرئة - اختبار الحساسية  
 الإلقاء عن التدخين  
 الأمراض المهنية  
 الشخير و توقف التنفس أثناء النوم

Casablanca le : 28/09/2022. ار. البيضاء.

Mr. Louafi Said



297.00.

1)

Sym-Bron 200 µg spray  
 1 soufflé x 2/j en continu

161.80

2)

Tcova spray  
 1 soufflé le soir



3)

Bude-a —  
 1 pml x 2/j matin et  
 soir (3 semaines)

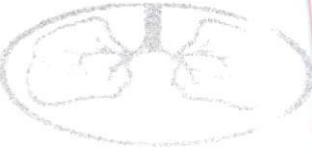
4)

Cetral. cp. de  
 1 cp le soir (2 semaines)

158.80

193, Boulevard Oum Rabiaa, Oulfa, 3<sup>ème</sup> étage, Apt 8, Casablanca

Tél.: 05 22 93 86 14 / E-mail : bakkalhind@gmail.com



## Cabinet de pneumophtisio-allergologie

Dr.BAKKAL Hind

Tél: 0522938614/ 0663204492

193 Bd Oum Rabiaa 3 étage App 8

Cabinet Docteur Bakkal Hind

Casablanca le 28/09/2022

Pneumologue - Phtisiologue – Allergologue  
Email : bakkalhind@gmail.com

## FACTURE

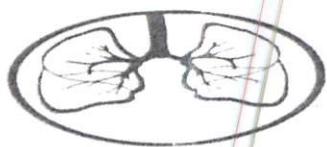
Mme / Mlle ; Mr : ..... *Said Lounafi*

A Subi : ..... *Spirométrie*

Et a payé un montant de : ..... *6000*



Signature :

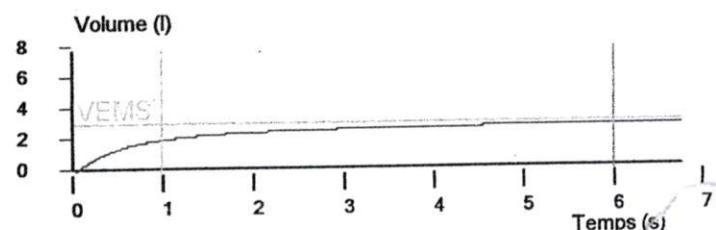
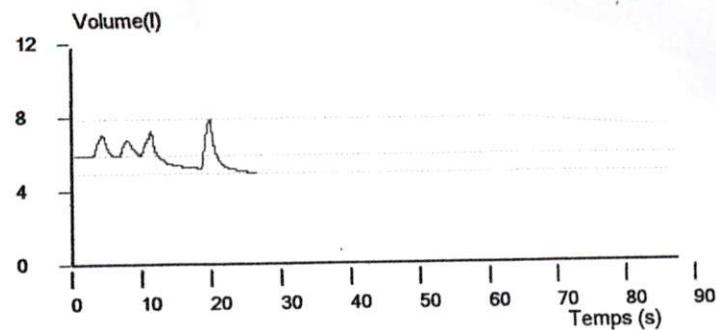
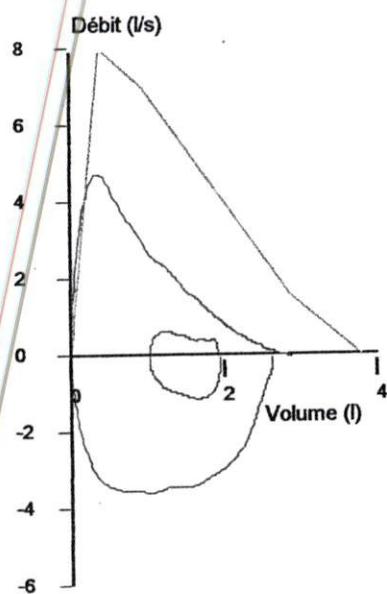


**Cabinet de pneumophtisio-allergologie**  
**Dr.BAKKAL Hind**  
**Tél: 0522938614/ 0663204492**  
**193 Bd Oum Rabiaa 3 étage App 8**

Nom : **Said Louafi**  
ID: **SaiLou16041971**

Medication:

Taille: **165 cm** Age: **51 Ans**  
Poids: **75 kg** Genre: **Masculin** BMI: **27,5 kg/m<sup>2</sup>**  
Ethnicity: **Caucasian**



Paramètre	Unité	LLN	Ref	Pré	%Ref	ZScore
CV [3]	l	3,07	3,99	2,89	72	●
CI [3]	l		2,87	1,97	69	
VC	l			1,24		
VRE [3]	l		1,18	0,92	78	

Paramètre	Unité	LLN	Ref	Pré	%Ref	ZScore
VEMS [3]	l	2,29	3,13	2,10	67	●
CVFex [3]	l	2,83	3,84	2,89	75	●
VEMS/CVF [3]	%	66	78	73		●
DEP [3]	l/s	6,10	8,09	4,80	59	●
DEM25 [3]	l/s	0,36	1,64	0,62	38	●
DEM50 [3]	l/s	2,15	4,32	1,89	44	●
DEM75 [3]	l/s	4,25	7,06	3,68	52	●
DEM 25-75 [3]	l/s	2,00	3,71	1,75	47	●
tex	s			6,8		

Commentaire: Syndrome ventilatoire mixte dont la composante obstructive est débutante et la composante restrictive légère