

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° W21-763136

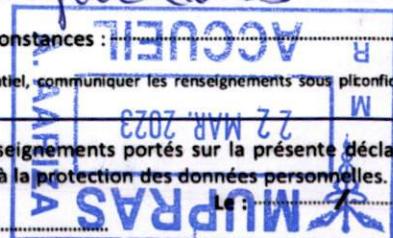
154238

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	2085	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	EL OLOUELI H Saadine
Nom & Prénom : 02-07-1953			
Date de naissance : 18 Ros EZZAHRA. Al-ki			
Adresse : As-Selma Zayt 57 rea y			
Tél. 066 948 1035 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2010

Cadre réservé au Médecin	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Dr. Abdelaziz BAKHATAR Pneumo-Phisiologue Allergologue 16, Bd. Abdelloumen Jajje Bd. Anoual Anoual Capital Center 1er Etage N°5 Casablanca - Tél: (012) 522 99 66 24 </div>		
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	27/02/2008		
Nom et prénom du malade :	El Maouflih. Rym		
Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Gênes Respiratoires		
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 :
 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
27/02/23	C3	①	300 HT	INP : 091115130160
02/03/23	C3	①	Gratuit	P.C. Alphonso-Philips Pneumo-Phthisique Aroual Capital Center Tel. 02 88 88 88 88 16, Bd. Abdellatif Benyamin - 1012 Casablanca - Maroc

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date _____	Montant de la Facture _____
<i>Dr. Abderrahmane Ben Youssef Rue Hassan II, Casablanca</i>	<i>16/03/2013</i>	<i>338.50</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

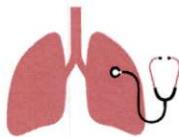
Important :-

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	25533412	00000000	D	00000000	00000000	00000000	B	35533411	G	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	21433552															
25533412	00000000															
D	00000000															
00000000	00000000															
B	35533411															
G	11433553															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplômé A.F.S.A (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Pléthysmographie avec D.I.C.O. / Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابق
 بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
شهادة A.F.S.A (شهادة التدريب المتخصص
المعمق بمستشفى بوجون باريس)
قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

02.03.2023

Casablanca, le _____ الدار البيضاء، في

Mme ELMOUFLIH SAADIA

- SERETIDE DISKUS 500 µg/50 µg/dose pdre p inhal : 60unid+distrib

Prendre 1 bouffée le matin et le soir, pendant 1 mois. Se rincer la bouche avec de l'eau ou se brosser les dents après usage

338,00

Pharmacie du Complexe Sportif
Mme KADIRI HASSANI Fatima
63, Rue Mamoun Mohamed
7ai, 05 22 35 05 07

Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Phlébologue Allergologue
16 Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Anoual Capital Center 1er Etage N°5
Casablanca - Tél:(212) 522 99 66 24



Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca
Diplômé A.F.S.A (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Plethysmographie avec D.I.C.O./Gaz du sang

الدكتور عبد العزيز باخطار

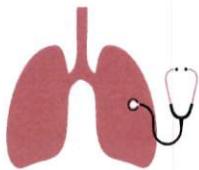
أستاذ التعليم العالي سابقا

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A (شهادة التدريب المتخصص)

المعمق بمستشفى بوجون باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم



27 Février 2023

Casablanca, le : الدار البيضاء، في:

Je soussigné. Professeur Abdelaziz BAKHATAR

avoir reçu des honoraire

de la part de Madame ELMOUFLIH SAADIA

concernant l'examen EFR

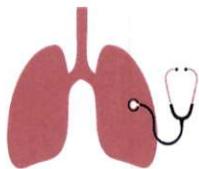
la somme de 600 DHS

Pr. ABDEL AZIZ BAKHATAR
Pneum. - physiologue Allergologue
16 Bd Abdelloumen Angel Bd. Anoual
Anoual Capital Center 1er Etage N°5
Casablanca - Tel.: +212 522 99 66 24

Professeur Abdelaziz BAKHATAR

Ancien Professeur de l'Enseignement Supérieur
à la Faculté de Médecine et de Pharmacie
de Casablanca

Diplômé A.F.S.A (Attestation de Formation
Spécialisée Approfondie, Hôpital Beaujon, Paris)
Plethysmographie avec D.I.C.O./Gaz du sang



الدكتور عبد العزيز باخطار

أستاذ التعليم العالي سابقا

بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

شهادة A.F.S.A (شهادة التدريب المتخصص

المعمق بمستشفى بوجون باريس)

قياس الوظيفة التنفسية / قياس الأكسجين في الدم

27.02.2023

Casablanca, le : الدار البيضاء، في :

Mme ELMOUFLIH SAADIA

-TIOVA 15 GELLULES

1 par jour, pendant 2 mois.

16180



Pr. Abdelaziz BAKHATAR
Pneumo-Physiologue Allergologue
16, Bd. Abdelmoumen Angle Bd. Anoual
Anoual Capital Center 1er Etage N°5
Casablanca - Tel:(212) 522 99 66 24

Cabinet Professeur BAKHATAR Abdelaziz

Pneumo-Phisiologue Allergologue

416, Bd Abdelmoumen Rés. Anoual Capital Center

1er Etage N°5 [Tél : 0522996624]

ELMOUFLIH, SAADIA

ID: #1695 Âge: 69 (02/07/1953)

Sexe Féminin
Ethnicité Caucasiens

Taille
Poids

154 cm
70 kg IMC 29.5

CV et BDV

Date du test	27/02/2023 06:13:51	Interprétation	GOLD(2008)/Hardie	Sélection de valeur	Meill. valeur
Heure post	27/02/2023 06:33:13	Val. théo.	Quanjer (GLI), 2012	BTPS (insp/exp)	1,12/1,02

Votre VEMS/théorique: 59 %

Paramètre	Pré					Post					%Théo.	Score z	%chg		
	Théo.	Lln	Meilleur	Essai 2	Essai 1	Essai 3	%Théo.	Score z	Meilleur	Essai 1	Essai 3	Essai 2			
CVF [L]	2,53	1,85	1,50*	1,50*	1,49*	1,47*	59	-2,48	1,53*	1,52*	1,53*	1,36*	60	-2,41	2
VEMS [L]	1,98	1,44	1,17*	1,17*	1,14*	1,10*	59	-2,46	1,19*	1,19*	1,17*	1,08*	60	-2,42	1
VEMS/CVF	0,786	0,653	0,783	0,783	0,765	0,751	100	-0,04	0,777	0,780	0,768	0,793	99	-0,11	-1
DEF25-75 [L/s]	1,75	0,81	1,01	1,01	0,91	0,83	58	-1,29	1,01	1,01	0,95	1,00	58	-1,29	0
DEP [L/s]	-	-	4,00	3,80	3,95	4,00	-	-	4,41	4,41	4,13	3,87	-	-	10
TEF [s]	-	-	4,4	4,4	4,7	5,5	-	-	5,9	5,9	6,4	5,8	-	-	35
CVIF [L]	2,53	1,85	1,56*	1,56*	1,51*	1,46*	62	-2,34	1,54*	1,10*	1,54*	1,22*	61	-2,39	-1
DIP [L/s]	-	-	2,58	2,58	1,88	1,55	-	-	3,29	3,29	2,52	1,55	-	-	27

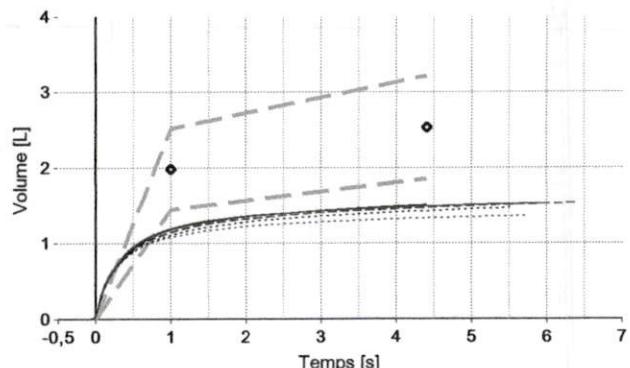
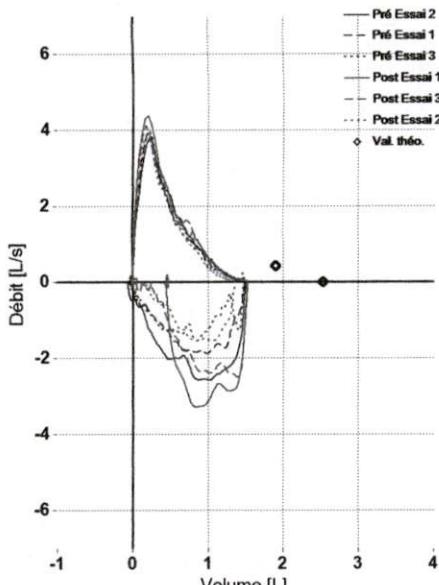
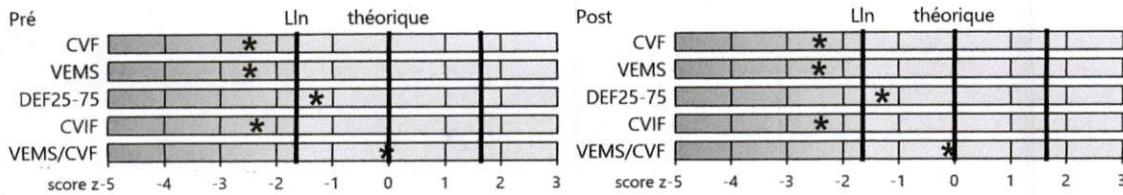
* Résultats inf. à la limite normale ou changement post test significatif.

Qualité du test Pré A (VEMS Var=0,03L (3,0%); CVF Var=0,01L (0,8%))

Post A (VEMS Var=0,01L (1,2%); CVF Var=0,01L (0,4%))

Interprétation système Pré Restriction probable; examen plus approfondi recommandé

Post Restriction probable; examen plus approfondi recommandé



- Cooperation: bonne.
 - Trouble ventilatoire mixte modeste.
 - Tst aux Br. négatif.

Cabinet Professeur BAKHATAR
 16, Bd. Abdelmoumen Anoual Capital Center 1er Etage N°5
 Pneumo-Phisiologue Allergologue
 P. ABDELAZIZ BAKHATAR