

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2008

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EDDAOUIK Bouchair

Date de naissance : 1948

Adresse : Lot 134 GE/2 Lissasfa Hante CASA

Tél. : 06 60 25 15 60 Total des frais engagés :

1225,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr ZAIDANE Samia
Dr زيدان سامية
Pneumologue-Phtisiologue-Allergologue
Angle Bd Mohammedia et Rue Omar Ibn El Khattab - Etage 6, N° 8 Darcechid
Tel: 0522035535 N° Urgence: 0643069584

Date de consultation : 27 AVR 2023

Nom et prénom du malade : Eddauik Bouchair Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

BPLO

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.

M 02 MAI 2023

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 : CASA Le : 02 MAI 2023

Signature de l'adhérent(e) :

H

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
2023	CEPR		AS 500.00	د/س مصطفى محمدAllergology Dr. Moustapha Mohamed El Khatib El Khatib - Etage 3, N° 6 Barrechid Tél: 0522035535 N° Urgence: 0649069541

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AL MANDARIN SEHBANI SA Bureau 102, 2ème étage, N° 35, rue de l'Indépendance, Béjaïa Téléphone : 032-32 35 35 - télécopieur : 032-32 35 36	27/04/2013	725,10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 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. ZAIDANE Sara

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue

Adultes et enfants

Asthme, allergies respiratoires - Tests cutanés

Tuberculose - Bronchoscopie, Spirométrie

Ronflements et apnées du sommeil - Pathologies

liées au tabac - Maladies professionnelles



د. زيدان صارة

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسى والحساسية

كبار وأطفال

الضيق، الحساسية - اختبار الحساسية

مرض السل - الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة

الشيخوخة ووقف التنفس أثناء النوم - أمراض التدخين

الأمراض المهنية

Berrechid, le 27/04/2023



GTIN 1890111725345
LOT BA30302
EXP 06/2024
S/N 44416736810084
PPV 161 DH 80

1 dose/100 mg, solution pour inhalation en flacon pressurisé

Distribué par PROMOPHARM S.A.
Z.I. du Sahel - Had Soualem

PPV : 291DH00

TIOVA

1 Gélule à inhaller par jour pendant 3 mois

FOSTER AEROSOL

2 Bouffées le matin, 2 Bouffées le soir pendant 3 mois

DICYNONE COMPRIME 500 MG

1 Comprimé 3 fois par jour

VENTOLINE AEROSOL

2 Bouffées 4 fois par jour pendant 15 jours, puis 2 Bouffées à la

CEFICO 200 MG COMPRIME

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir pendant 8 jours

5 X 7 F - A
05 2024
45, 30 DH

LVI 221371

EXP 04 24

PPV 170-00 DH

CEFICO
® Alroxime trihydrate

Dr. ZAIDANE Sara
Pneumologue-Allergologue
Angle Bd Mohamed 5 et Rue Omar Ibn
El Khattab - Etage 3, N° 6 Berrechid
Tel: 052203535 N° Urgence: 0649069584

Dr. ZAIDANE Sara

Pneumologue - Allergologue - Phtisiologue

Adultes et enfants

Asthme, allergies respiratoires - Tests cutanés

Tuberculose - Bronchoscopie, Spirométrie

Ronflements et apnées du sommeil - Pathologies

liées au tabac - Maladies professionnelles



د. زيدان صارة

اختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

كبار وأطفال

الضيق، الحساسية - إختبار الحساسية

مرض السل - الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة

الشخير وتوقف التنفس أثناء النوم - أمراض التدخين

الأمراض المهنية

Berrechid, le 27/04/2023

Nom et prénom : Mr EDDOUIK BOUCHAIB

Facture

A la suite de la consultation du 27/04/2023, je présente à **Mr EDDOUIK BOUCHAIB**, suivant l'usage, ma note d'honoraires dont le détail se trouve ci-dessous :

Acte	Honoraires
Spirométrie	500 dhs

Dr. ZAIDANE Sara / د. زيدان صارة
Pneumologue-Phtisiologue-Allergologue
Angle Bd Mohamed V et Rue Omar Ibn
El Khattab - Etage 3, N° 6 Berrechid
Tel:052205535 N° Urgence:0649069504

Cabinet de pneumologie Dr Zaidane Sara

Angle bd Med 5 et rue Omar Ibn El Khettab

3ième étage App 6 Berrechid

05 22 03 55 35



Eddouik, Bouchaib

ID: 18/23

Age: 75 (01/01/1948)

Sexe	Masculin	Taille	176 cm	
Ethnicité	Caucasien	Poids	69 kg	IMC 22.3

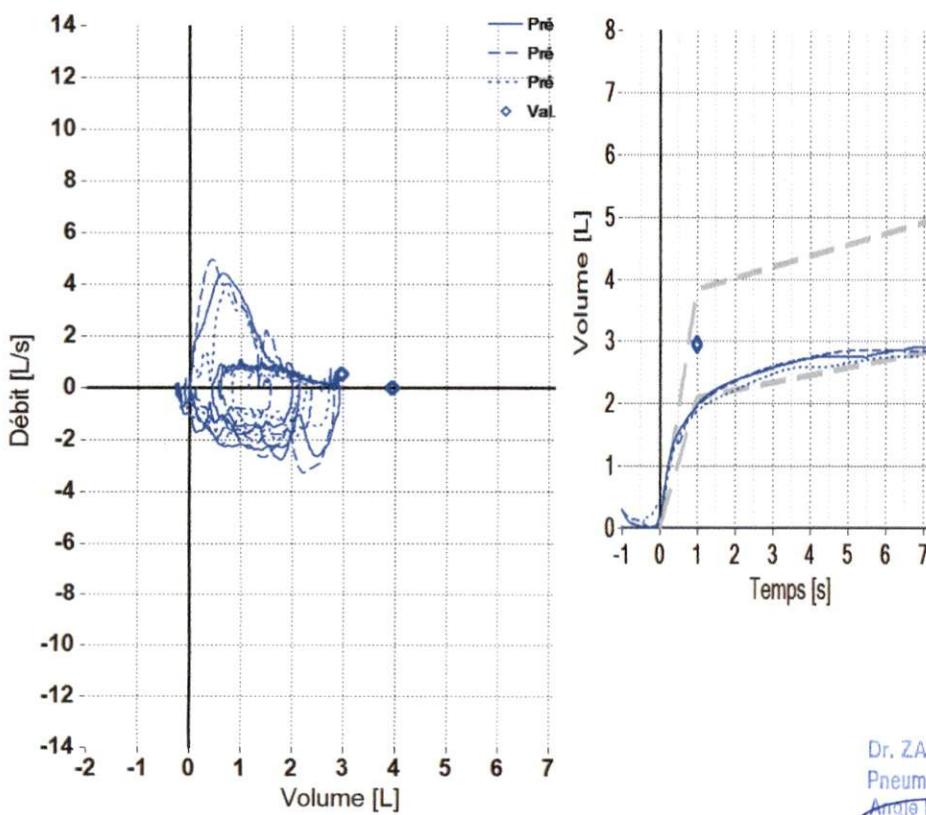
CV et BDV

Votre VEMS/théorique: 66 %

Date du test	27/04/2023 16:59:10	Interprétation	GOLD(2008)/Hardie	Sélection de valeur	Meill. valeur
Heure post		Val. théo.	Quanjer (GLI), 2012	BTPS (insp/exp)	1,12/1,02

Pré

Paramètre	Théo.	Lin	Meilleur	Essai 2	Essai 3	Essai 1	% Théo.	Z
CVF [L]	3,95	2,89	2,94	2,94	2,85*	2,75*	74	-1,56
VEMS [L]	2,96	2,09	1,96*	1,96*	1,94*	1,86*	66	-1,90
VEMS/CVF [%]	75,3	61,2	66,5	66,5	67,9	67,7	88	-1,03
DEP [L/s]	-	-	5,00	4,43	5,00	3,77	-	-
DEM75 [L/s]	-	-	4,30	4,30	4,02	3,75	-	-
DEM50 [L/s]	-	-	1,26	1,26	1,72	1,56	-	-
DEM25 [L/s]	0,56	0,19	0,38	0,38	0,36	0,31	68	-0,81
DEF25-75 [L/s]	2,18	0,90	1,13	1,13	1,15	1,06	52	-1,34



Dr. ZAIDANE Sara
Pneumologue-Physiologue-Allergologue
Angle Bd Mohamed V et Rue Omar Ibn
El Khaltab - Etage 3, N° 6 Berrechid
Tel: 0522 03 55 35 N° Urgence: 0649 06 9584

Coopération : bonne

Interprétation : Courbe débit volume en faveur d'un trouble ventilatoire probable (CVF : 74%).