

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 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



200482

Déclaration de Maladie : N° P19-0005200

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4723 Société : RETRAITE
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HADDIoui ABDEHAK Date de naissance : 09/05/1959
Adresse : 4 RUE ELLOT NASROLAH BERRECHID
Tél. : 0668448738 Total des frais engagés : 1718,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur MABCHOUR Rachid
Spécialiste des Maladies Respiratoires
et Allergiques
80, Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage
CP: 26100 - Berrechid
GSM: 06 91 07 57 21

Date de consultation : 14/03/2024
Nom et prénom du malade : LACHARAN Halima Age: 64 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Rhinocoryza chronique allergique et asthme persistant
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : NON

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.

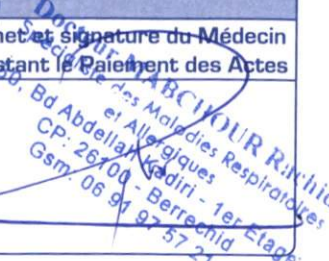
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : BERRECHID

Le 28/03/2024

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
14/03/24	CS	01	250 dinars	
14/03/24	K20	01	500 dinars	
14/03/24	3K15	01	400 dinars	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

14/03/24

568.20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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

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 00000000 G
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

Docteur MABCHOUR Rachid
 Spécialiste des Maladies
 Respiratoires et Allergiques
 Diplômé de la faculté de médecine de Paris



الدكتور مبشور رشيد
 أخصائي في الأمراض
 التنفسية والحساسية
 خريج كلية الطب بباريس

Berrechid, le :

24/03/2025

PPV: 18 DH 70

PER: 11/26
 LOT: M4113

18,70

LAEN KAR Halima

1) Doligrippe - 1 sachet x 2 par jour
 2) IPSEUT Lomg 1 sachet x 2 par jour, au cours des repas

1 gélule par jour x 2
 avant le repas principal

91,60

2) ZATON 400

Dr. IMANE ZINEB
 Sté Pharmacie le Grand Boulevard
 Lot 345 Lot Nasrallah - Berrechid
 Tél: 05 22 03 59 59
 INPE: 062105036

1 sachet x 2 par jour
 16 jours, au cours des repas

37,10

3) Asthalin / spray

LOT: MA30005
 PER: 05/2025
 PPV: 37 DH 00

2 bouffées x 3 par jour

LOT: GB21773
PER: 09/2024
PPV: 185 DH 00

Dr. IMANE ZINEB
Sté Pharmacie le Grand Boulevard
Lot 345 Lot Nasrallah - Berrechid
Tél: 05 22 03 59 59
INPE: 062105036

PPV: 91 DH 60

PER: 10-26
LOT: M 3432

COOPER PHARMA
PPV: 78,50 DH

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LOT: IC31073
PER: 08/2025
PPV: 70 DH 10

PPV 88DN00
PER 07/26
LOT M2661

Docteur Mabchour Rachid

Pneumologue

80, Boulevard Abdellah Kadiri 1^{er} étage-Berrechid

Berrechid le

21/03/2024

Facture et Compte-rendu des tests cutanés

Mr /Mme

LACHAK Halima

a subi, ce jour, des tests cutanés d'allergie, côtés 3 K15 et payés à quatre cent (400) dirhams.

Résultat :

Tests Cutanés d'allergie
pas de tips aux acariens

Docteur MABCHOUR Rachid
Spécialiste des Maladies Respiratoires
et Allergiques
80, Bd Abdellah Kadiri 1^{er} Etage
CP: 26400 - Berrechid
Gsm: 06 94 97 57 21

Docteur Mabchour Rachid

Pneumologue

80, Boulevard Abdellah Kadiri 1^{er} étage-Berrechid

Berrechid le

14/03/2024

Docteur MABCHOUR Rachid
Spécialiste des Maladies Respiratoires
et Allergiques
80, Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage
CP: 26100 - Berrechid
Gsm: 06 91 97 57 21

Facture et Compte-rendu de EFR

Mr/Mme

LACHKAR Halima

a subi, ce jour, une EFR (spirométrie), cotée K20 et payée à cinq cent (500) dirhams.

Résultat :

Bonne coopération.
- Trouble ventilatoire obstructif diffus, modéré à sévère,
réversible sous β_2 mimétiques.

Docteur MABCHOUR Rachid
Spécialiste des Maladies Respiratoires
et Allergiques
80, Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage
CP: 26100 - Berrechid
Gsm: 06 91 97 57 21



Dr Rachid MABCHOUR

Exploration fonctionnelle respiratoire

berrechid

Tel : 06.91.97.57.21

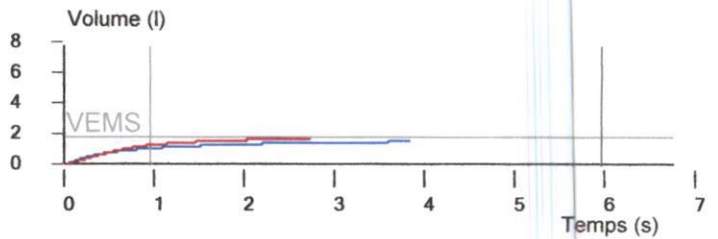
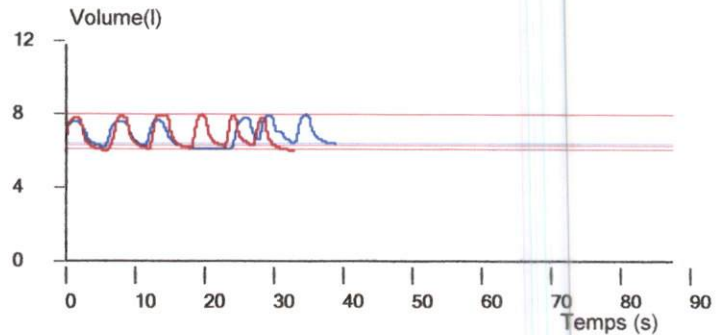
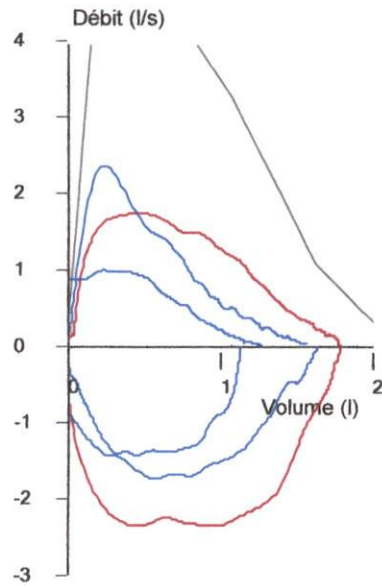
Nom : Halima LACHKAR

Taille: 152 cm Age: 64 Ans Date Naissance: 01/01/1960

ID: 5434

Poids: 72 kg Genre: Féminin BMI: 31,2 kg/m²

Medication: Post: Salbutamol



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CI	l	1,80	1,55	86	1,69	94	9	
VC	l		1,43		1,70		19	
CV	l	2,14	1,65	77	1,86	87	13	
VRE	l	0,69	0,10	15	0,20	30	100	
CVI	l	2,14	1,65	77	1,86	87	13	

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CVFex	l	2,18	1,58	72	1,80	82	14	
DEP	l/s	5,33	2,38	45	1,76	33	-26	
DEM50	l/s	3,28	1,11	34	1,48	45	33	
DEM75	l/s	4,89	2,00	41	1,76	36	-12	
VEMS/CVF	%	77	74		78		5	
VEMS	l	>1,80	1,17	65	1,40	77	20	
DEM 25-75	l/s	2,64	0,87	33	1,28	48	47	
DEM25	l/s	1,11	0,38	34	0,69	62	82	

Commentaire:

Bonne coopération.

Trouble Ventilatoire Obstructif diffus, modéré à sévère, réversible sous bêta2mimétiques.

Date: 14/03/2024

Température ambiante: 23 °C

Technicien :

Temps: 18:18

Pression ambiante: 999 hPa

Docteur MABCHOUR Rachid
Spécialiste des Maladies Respiratoires
et Allergiques
80, Bd Abdelhak Kadir - 1er Etage
CP: 26100 Berrechid
Gsm: 06 91 97 57 21