

# **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**

- 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 : 1723 Société : RETRAITE

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HADDILOUI ABDEHAK Date de naissance : 09/10/51/1959

Adresse : 14 RUE ALLAL BEN ABDELLAH BERRECHID

Tél. : 06 68 44 87 38 Total des frais engagés : 17.18, 90 Dhs

#### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

**Docteur MABCHOURL Rachid**  
Spécialiste des Maladies Respiratoires  
et Allergiques  
80 Bd Abdellah Kadiri - 1er Etage  
CP: 26100 - Berrechid  
GSM: 05 21 87 57 21

Date de consultation : 14/03/2024 Age : 64 ans

Nom et prénom du malade : LA CHAKA Halima

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Halima souffre d'allergie et asthme

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ASPIRINE

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) :



#### **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
14/03/2024	CS	01	250 dinars	Dr. Abdellatif Kadi - Médecin des Maladies Respiratoires et Allergiques - 1er étage CP: 26100 - Berrechid GSM: 06 91 92 57 21
14/03/2024	Kdo	01	500 dinars	
21/03/2024	3E15	01	150 dinars	

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
L. IMANE ZAYE pharmacie le Grand Boulevard 101 Nasser El Béchir - Berchid 01 59 59 59 36	14/03/24	568.20

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

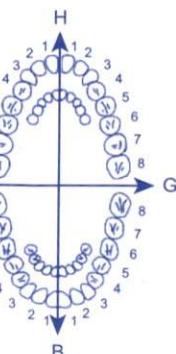
AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **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'ODP.

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 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	Coefficient DES TRAVAUX
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

Docteur MABCHOUR Rachid

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



الدكتور مبشرور رشيد

أخصائي في الأمراض  
التنفسية والحساسية

خريج كلية الطب بباريس

Berrechid, le :

14/03/

PPV: 18 DH 70

PER: 11/26  
LOT: M4113

18,70

LACHKAR Halima

1) Doliprène - ~~AS~~ sachet x 2 par jour  
à l'ISSUIT Lamy

Égaleule par jour x 2 fois,  
avant le repas principal

2) ZANox Cgr ~~AS~~ Dr. IMANE ZINEB  
Sté Pharmacie le Grand Boulevard  
Lot 345 Lot Nasrallah - Berrechid  
T61: 05 22 03 59 59  
INPE: 062105036

1 sachet x 2 par jour  
x 6 jours, au cours des repas

37,00

3)

Asthalin / spray ~~AS~~

2 bouteilles par jour

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

06 91 97 57 21 شارع عبد الله القاري - الطابق الأول - ر.ب : 26100 برشيد - المحمول : 80

80, Bd. Abdellah Kadiri - 1er étage - C.P. : 26100 - Berrechid - GSM : 06 91 97 57 21



*Docteur Mabchour Rachid*

*Pneumologue*

*80, Boulevard Abdellah Kadiri 1<sup>er</sup> étage-Berrechid*

*Berrechid le*

*21/03/2024*

*Facture et Compte-rendu des tests cutanés*

*Mr/Mme*

*LACHAKAL Hélina*

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

*Résultat :*

*Tests Cutanés d'allergie  
par f.t.p aux acénous*

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

Docteur Mabchour Rachid

Pneumologue

80, Boulevard Abdellah Kadiri 1<sup>er</sup> 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

LATCHKAN Halima

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

Résultat :

- Bonne coopération.
- Trouble ventilatoire obstructif diffus, modéré à sévère,  
réaction face β<sub>2</sub> monétiques.

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



**Dr Rachid MABCHOUR**

Exploration fonctionnelle respiratoire  
berrechid

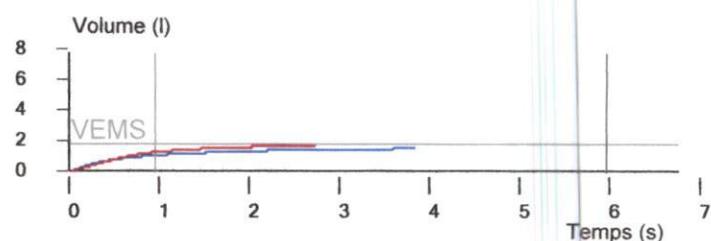
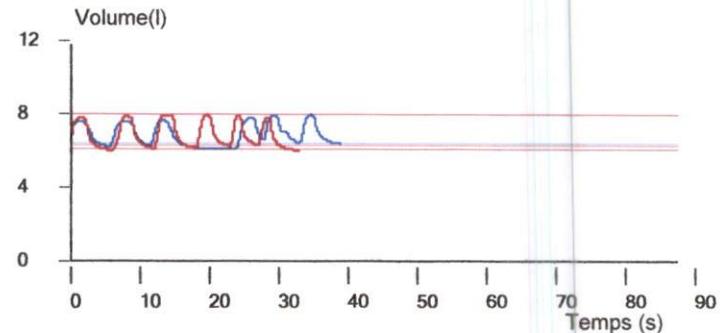
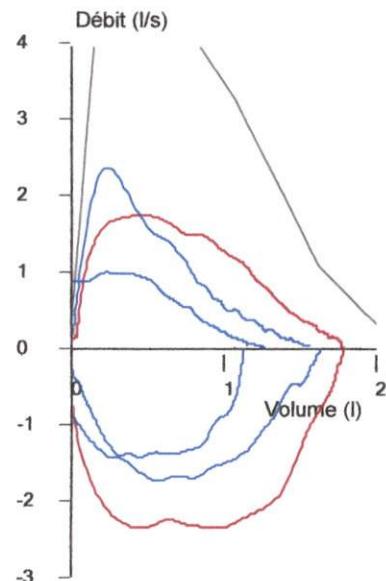
Tel : 06.91.97.57.21

Nom : **Halima LACHKAR**

Taille: 152 cm Age: 64 Ans Date Naissance: 01/01/1960  
Poids: 72 kg Genre: Féminin BMI: 31,2 kg/m<sup>2</sup>

ID: **5434**

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  
Temps: 18:18

Température ambiante:  
Pression ambiante:

23 °C  
999 hPa

Technicien :

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