

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-592378

ND: 53020

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4508

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre :

Départ Volontaire

Nom & Prénom :

HILAL TAOUFIK

Date de naissance :

19.09.1963

Adresse :

4 Rue Sanany Lot SAWLIZ ANFA

Tél. :

0664 173752

Total des frais engagés :

300 000 000 000 000

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

07/12/2020

Nom et prénom du malade :

M. HILAL TAOUFIK

Age :

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection Degenerative

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 : Casablanca

Le : 07/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

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
07/11/20	C	1	300 DH	INP : BP 12105741 ICE: 00184533300041
12/12/20	C	1	5	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie NICE	07/11/20	71 DH
Pharmacie NICE	12/12/20	237 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Pharmacie NICE	12/12/20	Pharmacie NICE	1200 DH
Pharmacie NICE	12/12/20	Pharmacie NICE	200 DH

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																					
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Rachid EL KHETTAR
PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE

الدكتور رشيد الخطار
 اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية
 البالغين - الأطفال

Cabinet d'Explorations Respiratoires

Pneumorek
Adultes - Enfants

07/12/2020

Casablanca le :

MR HILAL TAOUFIK

- Miflasone 200 µg
1 dose matin et soir



71,40



Docteur Rachid EL KHETTAR
 Pneumologue
 175, Rue Boukraa - Casablanca
 Tél: 05 22 49 23 75
 ICE: 001584533000041

pharmacie VICTORIA
 Dr. Yasmine HAZZOUK
 Angle Avenue Mohammed VI et N° 21
 Rue Ahmed Ben Bouchia 20100
 Casablanca - Tél: 0522 49 14 66

Résidence Houssam Jassim

<https://192.168.175.100> 175, Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3^{ème} Etage - Casablanca

Tél.: 0522 49 23 75 - 0675 35 24 35

E-mail : pneumorek@gmail.com

Dr Rachid EL KHETTAR
PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE

الدكتور رشيد الخطار
اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية
البالغين - الأطفال

Cabinet d'Explorations Respiratoires

Pneumorek
Adultes - Enfants

Casablanca le : 12/12/2020

Fracture

MR HILAL TAOUFIK

Acte	QTE	Honoraire
EFR PLETHYSMOGRAPHIE K40	1	1 200,00 Dh
Radiologie thoracique Z12	1	200,00 Dh
Total		1 400,00 Dh

Arrête la présente facture à la somme de :
mille quatre cents dirham(s)

Docteur Rachid EL KHETTAR
pneumologue - Casablanca
175, Rue Boudkhal 29 23 75
Tel: 05 22 49 23 75
ICE: 001 58453000041

Résidence Houssam Jassim

175, Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3^{ème} Etage - Casablanca

Tel: 0522 49 23 75 - 0675 35 24 35

E-mail : pneumorek@gmail.com

12/12/2020

Prescription | Pratisoft - Solution pour la santé

Dr Rachid EL KHETTAR
PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE

الدكتور رشيد الخطار
اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية
البالغين - الأطفال

Cabinet d'Explorations Respiratoires

Pneumorek
Adultes - Enfants

Casablanca le : 12/12/2020

MR HILAL TAOUFIK

- 297.5
- Symbicort turbuhaler 200/6 µg
1 dose, matin, soir 3 mois

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al nouam roches
noires casablanca
SYMBICORT TURBUHALER
200/6 µg Paie p inh
Flacon de 120 doses
10414 DMP/21/NRO P.P.V.: 297,00 DH
6 118001 020706

PHARMACIE NICE
1 Av. Nice Residence Boukraa
RD MG N°3 Bourgogne Casablanca
Tél.: 05 22 94 93 39

Docteur Rachid EL KHETTAR
Pneumologue
175, Rue Boukraa - Casablanca
Tél: 05 22 49 23 75
ICE: 001584533000041

Résidence Houssam Jassim

175, Rue Boukraa, Près de l'Hôpital My Youssef - 3^{ème} Etage - Casablanca

<https://192.168.1.25/pratisoft/v/9776> Tél: 0622 49 23 75 0675 35 24 35

E-mail : pneumorek@gmail.com

Cabinet Dr EL Khettar Rachid

Pneumologie allergologie somnologie
175 rue boukraa Casablanca bourgogne
Tel: 0522492375 0675652435

Taoufik Hilal

181 cm

57 Ans

12/09/1963

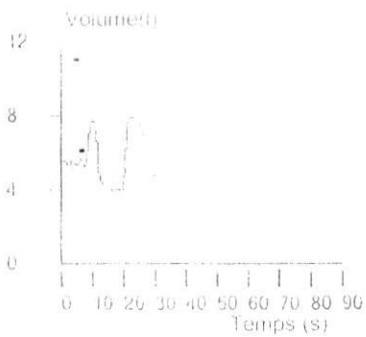
TaoHil12091963

67 kg

Masculin

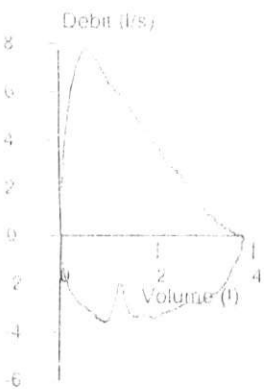
20,5 kg/m²

Post: Salbutamol

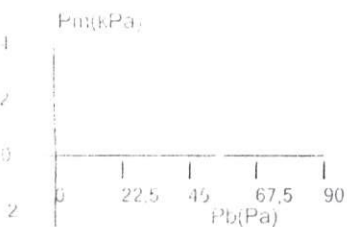


Paramètre	Ref	Pré	%Ref	%Pré
CV	1,48	1,48	82	84
CI	2,36	2,36	71	80
VC	3,03	3,03		19
VRE	1,23	1,23	104	66

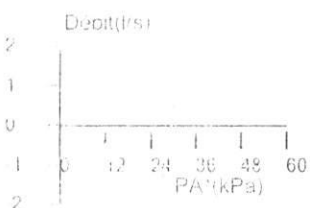
Paramètre	ZScore
CV	0
CI	0



Paramètre	Ref	Pré	%Ref	%Pré
VEMS	2,6	2,24	89	92
CVFex	2,6	2,24	84	88
VEMS/CVF	1	84		1
DEP	2,8	2,8	88	89
DEM25	3,4	3,4	78	80
DEM50	4,2	4,2	89	83
DEM75	5,8	5,8	89	89
DEM 25-75	3,7	3,02	96	92
tex		5,8		14



Paramètre	%Ref	ZScore
VGT	87	
CPT	77	
VR	70	



Paramètre	%Ref	ZScore
DEM75		
DEM 25-75	142	
tex	53	
sRAW	123	

→ Toux velative obstructive

12/12/2020
11.26

21 °C
1024 nPa
71 %

Docteur Rachid EL KHETTAR

Pneumologue Allergologue

Casablanca, le 12/12/2020

COMPTE RENDU

Mr HILAL Taoufik

Cœur de volume normal

Culs de sac libres.

Camps pulmonaire libre

AU TOTAL

Cliché pulmonaire normal


Docteur Rachid EL KHETTAR
Pneumologue
175, Rue Boukraâ - Casablanca
Tél: 05 22 49 23 75
ICE: 001584533000041