

# 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.

## Diagnostique 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

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



74039

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0014992

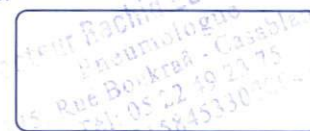
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1688 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HARIBE AHMED Date de naissance : 10-03-1950  
Adresse :  
Tél. : 0662372117 Total des frais engagés : 2537,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/06/2021  
Nom et prénom du malade : M. HARIBE Ahmed Age :  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection respiratoire  
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 : Casa Le : 09/06/2021  
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
03/04/21	CE	1	30000	
03/04/21	pléthysmographie		12000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	3/4/2021	2537,30

# 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				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

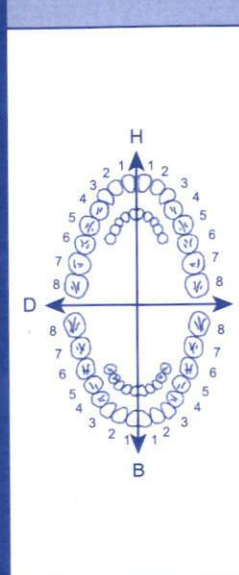
# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

# SOINS DENTAIRES



Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

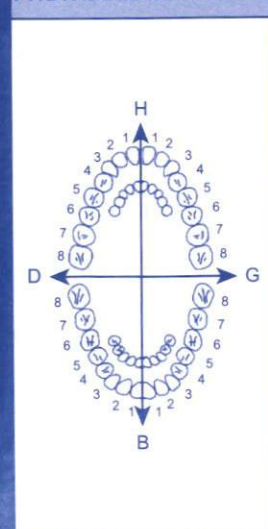
COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

# O.D.F PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
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

03/04/2021

Préscription | Pratisoft - Solution pour la santé

**Dr Rachid EL KHETTAR**  
**PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE**

Cabinet d'Explorations Respiratoires

**Pneumorek**  
**Adultes - Enfants**

الدكتور رشيد الخطار  
 اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية  
 البالغين - الأطفال

Casablanca le : 03/04/2021

MR HARIBE AHMED

- 430,00 x 3  
 169,80 x 6  
 50,00  
 102,90  
 123,60
- RELVAR 184/22 µg  
1 dose le soir 3 mois
  - Tiova rotacaps  
1 gelule le matin pendant 3 mois
  - revolizer cipla
  - bronchodual aérosol  
2 bouffées si besoin
  - Inexium 40 mg  
1 comprimé, matin si besoin
- 2537.30

Cipla Maroc  
 BP 4491-11850  
 Oum Azza , Ain Aouda

PPC: 50 DH 00

**SYNTHEMEDIC**  
 22 rue zoubier benou al ouam reches  
 noires casablanca  
**INEXIUM**

40 mg Cpr GR  
 Boite 14

641/150MP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH  
 6 118001 020607

Résidence Houssam Jassim

Rue Boukraa, Près de l'Hôpital My Youssef - 3<sup>ème</sup> Etage - Cas

pratisoft/v/9362-16852-préscription/1575 35 24 35

E-mail : pneumorek@gmail.com

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 430,00 DH  
 ID: 646536  
 6 118001 143429

GlaxoSmithKline Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 430,00 DH  
 ID: 646536  
 6 118001 143429

Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
 PPV: 430,00 DH  
 ID: 646536  
 6 118001 143429

GTIN 18901117253435  
 LOT BA10456  
 EXP 07/2022  
 S/N 73143568797305  
 PPV: 161 DH 80

GTIN 18901117253435  
 LOT BA10456  
 EXP 07/2022  
 S/N 55604276610294  
 PPV: 161 DH 80

GTIN 18901117253435  
 LOT BA10456  
 EXP 07/2022  
 S/N 36722713665067  
 PPV: 161 DH 80

GTIN 18901117253435  
 LOT BA10456  
 EXP 07/2022  
 S/N 73823267705347  
 PPV: 161 DH 80

LOT BA10456  
 EXP 07/2022  
 S/N 17404489604611  
 PPV: 161 DH 80

GTIN 18901117253435  
 LOT BA10456  
 EXP 07/2022  
 S/N 95184775824313  
 PPV: 161 DH 80

**Dr Rachid EL KHETTAR**  
**PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE**

الدكتور رشيد الخطار  
 اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية  
 البالغين - الأطفال

**Cabinet d'Explorations Respiratoires**

**Pneumorek**  
**Adultes - Enfants**

03/04/2021

Casablanca le : .....

## Facture

**MR HARIBE AHMED**

Acte	QTE	Honoraire
Consultation	1	300,00 Dh
EFR PLETHYSMOGRAPHIE K40	1	1 200,00 Dh
<b>Total</b>		<b>1 500,00 Dh</b>

Arrêté la présente facture à la somme de :  
 mille cinq cents dirham(s)

*(Signature)*

*Dr Rachid EL KHETTAR  
 Pneumologue - Allergologue  
 175, Rue Boukraa - Casablanca  
 Tél: 05 22 45 23 75  
 TCE: 015845310364*

**Résidence Houssam Jassim**

175, Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3<sup>ème</sup> Etage - Casablanca  
<https://192.168.1.25/pratisoft/v/9362168502/consultation/03/29/2021?read-only=1&is-last=1>

E-mail : pneumorek@gmail.com



# Cabinet Dr EL Khetar Rachid

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

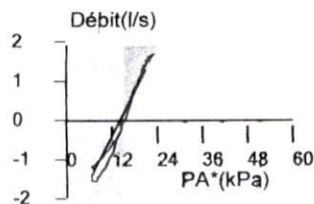
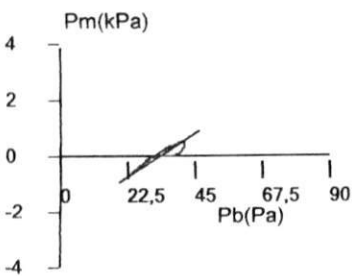
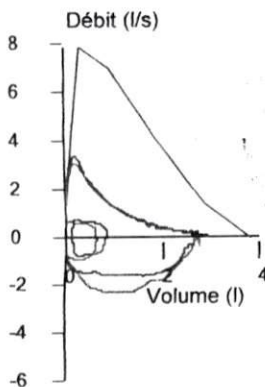
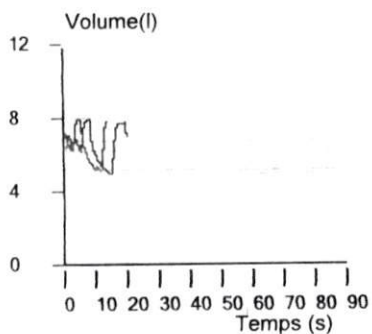
Nom : **Ahmed Haribe**

Taille: 175 cm Age: 71 Ans Date Naissance: 10/03/1950

ID: **AhmHar10031950**

Poids: 59 kg Genre: Masculin BMI: 19,3 kg/m<sup>2</sup>

Medication: Post: Salbutamol



Commentaire:

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré
CV	l	4,04	3,00	74	2,78	69	-7
CI	l	3,25	1,47	45	1,69	52	15
VC	l		0,61		0,50		-18
VRE	l	1,02	1,83	179	1,09	107	-40

Paramètre	Unité	ZScore
CV	l	
CI	l	

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré
VEMS	l	2,98	1,56	52	1,55	52	-1
CVFex	l	3,89	3,00	77	2,78	71	-7
VEMS/CVF	%	74	52		56		8
DEP	l/s	7,84	3,37	43	3,07	39	-9
DEM25	l/s	1,38	0,32	23	0,40	29	25
DEM50	l/s	4,08	0,79	19	0,88	22	11
DEM75	l/s	7,03	1,83	26	2,05	29	12
DEM 25-75	l/s	3,04	0,68	22	0,80	26	18
tex	s		6,8		5,1		-25

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	ZScore
VG	l	3,64	12,98	356	
CPT	l	6,90	13,65	198	
VR	l	2,62	10,65	406	
DEP	l/s				
DEM25	l/s				
DEM50	l/s				
DEM75	l/s				
DEM 25-75	l/s				
tex	s				
sRAW	kPa*s	0,73	4,13	566	

*1 roble vent latine os Actif moderne avec  
Hydrat de type stérile*

Date: 03/04/2021  
Temps: 12:28

Température ambiante: 22 °C  
Pression ambiante: 1017 hPa  
Humidité ambiante: 58 %

Technicien: