

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-600958

NPD

FY 3/33

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :
Matricule : 11453		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : H. SKRAR		
Date de naissance : 04/10/31/1976		
Adresse :		
Tél. : Total des frais engagés : _____ Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : Dr. NACHID EL KHETAR Pneumologue 15, Rue Boukrâa - Casablanca Tel: 05 22 49 23 75 05 22 58 45 33 00041	
Date de consultation :	H. SKRAR
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Affekt 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-600958

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :	RAYAN
Nom de l'adhérent(e) :	1300 + 468
Total des frais engagés :	_____
Date de dépôt :	_____

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
28/03/21	cs		G	
28/03/21	—		60000	INP : 28/03/21
28/03/21	télé		70000	Rachid EL HADJ Pneumologue Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture	
Pharmacie Argane	Nezha El Aoud Docteur en Pharmacie	28/5/2021	468,10
199 Bd Bourdeaux - Casablanca. Tél 05 22 49 21 71 / 72 Fax 05 22 26 19 18			

092010982

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

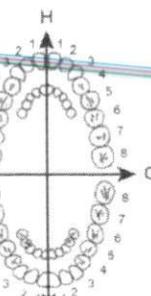
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'OI

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>	
					COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H 28533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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 الخطّار
 اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية
 البالغين - الأطفال



28/05/2021

Casablanca le :

GARÇON SERRAR RAYAN

119,00x1

- Risonel 50 µg
1 dose, matin, soir 2 mois

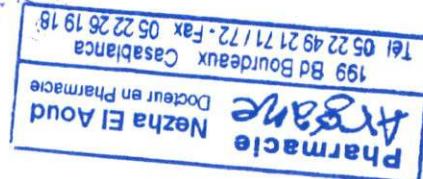
297,100x1

- Symbicort turbuhaler 200/6 µg
1 dose, le soir 2 mois

52,00x1

- Cetirizine 10 mg
1 comprimé, soir 15 jours
- staloral 350
staloral 350 300 IR 1 boîte

468,70

**Résidence Houssam Jassim**

175,Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3 ème Etage - Casablanca
<https://192.168.1.25/pratisoft/v1/1016012208/prescription/18011052435>

E-mail : pneumorek@gmail.com

Dr Rachid EL KHETTAR
PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE

الدكتور رشيد الخطّار
 اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية
 البالغين - الأطفال

Cabinet d'Explorations Respiratoires

Pneumorek
 Adultes - Enfants .

28/05/2021
 Casablanca le :

Note d'honoraire

GARÇON SERRAR RAYAN

Acte	QTE	Honoraire
EFR SPIROMETRIE K30	1	600,00 Dh
TESTS CUTANES	1	700,00 Dh
Total		1 300,00 Dh

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

Signature Dr Rachid EL KHETTAR
 Cabinet d'Explorations Respiratoires
 175, Rue Boukraa - Casablanca
 Tél: 052 31 22 77 08

Résidence Houssam Jassim

175,Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3 ème Etage - Casablanca
<https://192.168.1.25/pratisoft/v1/1016017708/consultation/3/22691?read-only=1&is-last=1>
 E-mail : pneumorek@gmail.com

Cabinet Dr EL Khttar Rachid

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

Nom : **Rayan Serrar**

Taille: 180 cm

Age: 18 Ans

Date Naissance: 04/10/2002

ID: **RaySer04102002**

Poids: 76 kg

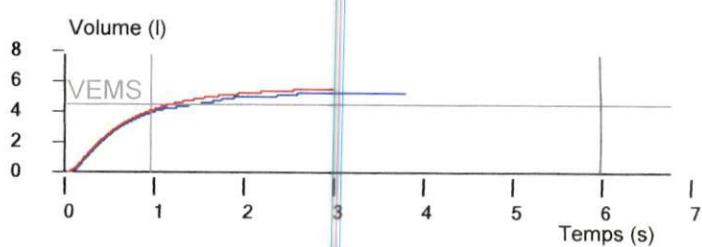
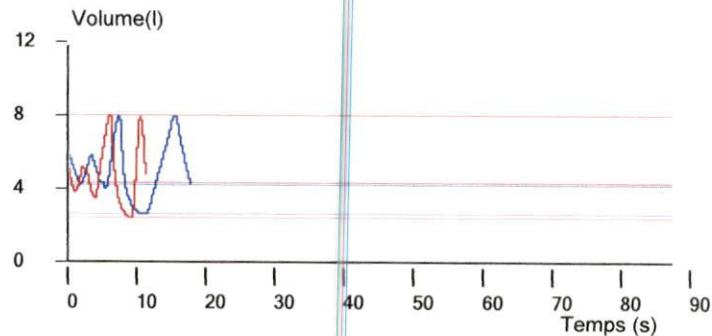
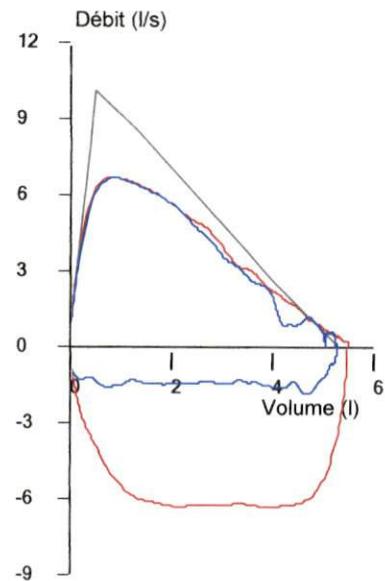
Genre:

Masculin

Medication: Post: Salbutamol

BMI:

23,5 kg/m²



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	5,63	5,32	95	5,57	99	5	
CI	l	3,95	3,54	90	3,85	97	9	
VC	l	0,64	4,32	677	1,57	245	-64	
VRE	l	1,67	1,53	92	1,89	114	24	

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	4,53	4,21	93	4,34	96	3	
CVFex	l	5,38	5,31	99	5,57	104	5	
VEMS/CVF	%	83	79		78		-1	
DEP	l/s	10,13	6,69	66	6,73	66	1	
DEM25	l/s	2,71	2,28	84	2,10	78	-8	
DEM50	l/s	5,70	4,54	80	4,63	81	2	
DEM75	l/s	8,63	6,45	75	6,42	74	0	
DEM 25-75	l/s	5,12	4,01	78	3,95	77	-1	
tex	s		3,3		3,2		-3	

Commentaire:

Très bonne réaktion à l'asthme

Date: 28/05/2021
Temps: 16:25

Température ambiante: 23°C
Pression ambiante: 1013 hPa
Humidité ambiante: 69%

Technicien:

Docteur Rachid EL KHETTAR
Pneumologue-Allergologue

PRICKS TESTS

DATE : LE 28/05/2021

NOM/PRENOM MR SERRAR Rayan

T+ 6mm	CHATS 5mm
T-	CHIENS 6mm
DP 6mm	BLANCS D'ŒUF/JAUNE D'ŒUF-
DF 5mm	ŒUF ANTIER-
BLOMIA-	CREVETTES/MERLAN/SARDINE-
ALTERNARIAT-	FRAISES/AVOCAT/BANANE-
MOISISSURES-	OLIVIERS-
CLDS-	GRAMINEES

Allergie aux Acariens

Allergie aux poils de chats

Docteur Rachid EL KHETTAR
175, Rue Bouvier
BP 33000041
Tél: 01 58 43 23 75
Fax: 01 58 43 22 49
e-mail: rachid.khattar@wanadoo.fr