

# Cabinet Dr EL Khettar Rachid

Pneumologie allergologie somnologie

175 rue boukraa Casablanca bourgogne

Tel: 0522492375 0675652435

Nom : **Zakia Bouchaara**

Taille: **160 cm** Age: **61 Ans**

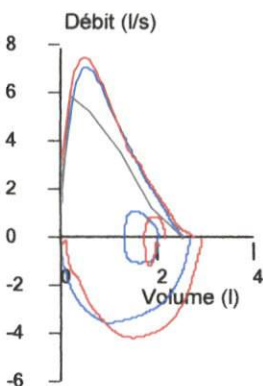
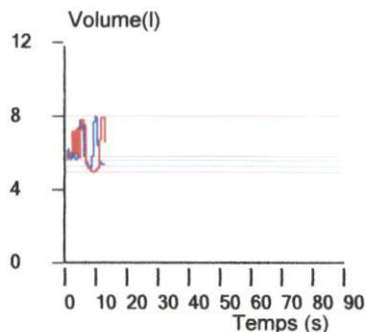
Date Naissance: **20/02/1960**

ID: **ZakBou20021960**

Poids: **73 kg** Genre: **Féminin**

BMI: **28,5 kg/m²**

Medication: **Post: Salbutamol**

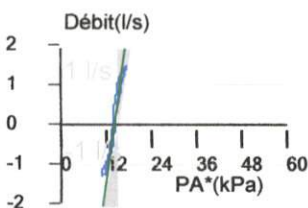
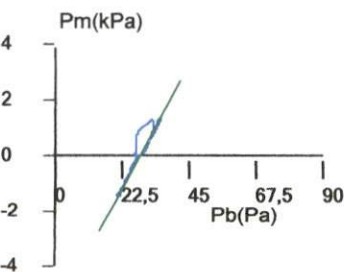


Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré
CV	l	2,59	2,75	106	2,99	115	9
CI	l	2,16	1,56	72	2,17	100	39
VC	l		0,72		1,41		96
VRE	l	0,77	0,32	41	0,82	105	156

Paramètre	Unité	ZScore
CV	l	
CI	l	

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré
VEMS	l	2,20	2,47	113	2,53	115	2
CVFex	l	2,61	2,58	99	2,80	107	9
VEMS/CVF	%	78	96		90		-6
DEP	l/s	5,86	7,09	121	7,47	128	5
DEM25	l/s	1,27	2,04	161	1,67	132	-18
DEM50	l/s	3,56	4,56	128	3,96	111	-13
DEM75	l/s	5,23	7,05	135	7,25	139	3
DEM 25-75	l/s	2,85	4,01	141	3,61	127	-10
tex	s		2,4		3,0		25

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	ZScore
VGT	l	2,65	4,23	160	
CPT	l	4,77	4,79	100	
VR	l	1,87	2,04	109	
DEP	l/s				
DEM25	l/s				
DEM50	l/s				
DEM75	l/s				
DEM 25-75	l/s				
tex	s				
sRAW	kPa*s	0,53	1,02	193	



Commentaire:

Exploration fonctionnelle respiratoire

Date: **29/07/2021**

Temps: **14:40**

Température ambiante: **28 °C**

Pression ambiante: **1014 hPa**

Humidité ambiante: **66 %**

Technicien:

Cabinet Dr EL KHETTAR  
Pneumologie  
175, Rue Boukraa - Casablanca  
Tel: 05 22 49 23 75  
ICE: 061584533000041

Docteur Rachid EL KHETTAR

Pneumologue Allergologue

Casablanca, le 29/07/2021

## COMPTE RENDU

Mr BOUCHAARA Zakia

Cœur de volume normal

Culs de sac libres

Champs pulmonaire libre

AU TOTAL

Cliché pulmonaire normal.

Docteur Rachid EL KHETTAR  
Pneumologue  
175, Rue Boukraf - Casablanca  
Tél: 05 22 49 23 75  
ICE: 00150433000041

Casablanca le : ..... 29/07/2021

## Note d'honoraire

**MME BOUCHAARA ZAKIA**

Acte	QTE	Honoraire
Consultation	1	300,00 Dh
Radiologie thoracique Z12	1	200,00 Dh
EFR PLETHYSMOGRAPHIE K40	1	1 200,00 Dh
<b>Total</b>		<b>1 700,00 Dh</b>

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

*(Signature)*  
 Dr. Rachid EL KHETTAR  
 Pneumologue - Allergologue  
 175, Rue Boukraa - Casablanca  
 Tél: 06 69 23 75 06 75 35 24 35  
 Fax: 06 69 23 75 06 75 35 24 35

**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/1453063267prescription.html>

E-mail : pneumorek@gmail.com

29/07/2021

Préscription | Pratisoft - Solution pour la santé

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

**Cabinet d'Explorations Respiratoires**

الدكتور رشيد الخطار  
اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية  
البالغين - الأطفال

**P**  
**pneumorek**  
**Adultes - Enfants**

Casablanca le : ..... 29/07/2021

**MME BOUCHAARA ZAKIA**

- Stimol 1 g/10 ml  
1 matin et soir 21 jours



46,00

LOT: 0346  
PER: 07 2024  
PPV: 46.00DH

**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/114530692492375-0675352435>


E-mail : pneumorek@gmail.com



# 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
29/7/14	C.S.	1	300 000	
29/7/14	de fonction	1	600 000	
29/7/14	8287	1	180 000	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/7	4600

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

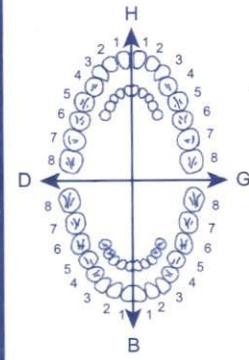
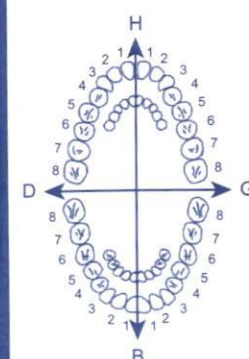
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O

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'EXE



# 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.

## Prothèse 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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 066414

☒ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique 80934 ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1142 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraite  
Nom & Prénom : MARHOUD EBRAHIM  
Date de naissance : 29-06-51  
Adresse : Rue 100 NR39 groupe 1  
OULFA  
Tél. : 0661498456 Total des frais engagés : 1746 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : BOUCHAAB Zekri Age:  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Affection Longue Durée  
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 : 18/8/2021 Le : 18/8/2021  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019