

## 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-786154

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **FADOUA**

Matricule : **TRADY** Société : **FADOUA**

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : **152702**

Nom & Prénom : **lolo**

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : **EL HAMRITI / Zant** 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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.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
07/02/23	CS	1	350 DH	INP: 091155072
07/02/23	spécialité	1	600 DH	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">             KHETTAR              rue              Casablanca              2373              000041           </div>

07/02/23  $\subseteq$   $\wedge$  350.24

07/04/23 spruce tree 1' 600 214

INP: 091A5572

Directeur Rachid EL KHETTAR  
 pharmacologue  
 Casablanca  
 175, Rue Bukraï - Casablanca  
 Tél: 522 49 23 73  
 CE: 00158433000041

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de
<b>PHARMACIE MARHABA</b> <b>André ACHOUR</b> 61, Av. des F.A.R - Casablanca 33 31 16 40 - 0522 31 43 69	07/02/23	1079,70

Docteur Rachid El  
 pharmacolo  
 175, Rue Bukra  
 Tel: 05 22 4  
 ICE: 0015845

**PHARMACIE MARHABA**  
André ACHOUR  
61, Av. des F.A.R. - Casablanca  
Tél: 0522 31 16 40 - 0522 31 43 69

07/02/23 1079,70

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

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

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

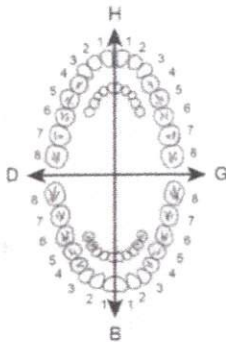
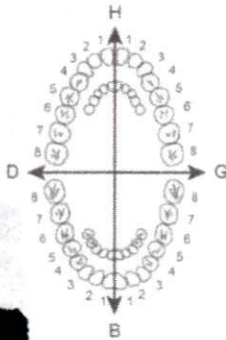
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>G 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D 00000000	G 00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D 00000000	G 00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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'ODF.

## SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
-------------------	---------------------	-------------

INP : \_\_\_\_\_

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

**(Création, remont, adjonction)**  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINSDATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

A 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**

07/02/2023

Casablanca le : .....

**MLLE EL HAMRITI YACOUT**

• Symbicort turbuhaler 200/6 µg  
 1 dose, soir 3 mois

• Cetiral 10 mg  
 1 cp le soir le soir si besoin

• Nasonex 50 µg/dose  
 1 dose, matin, soir 3 mois

• ventoline aérosol  
 2 bouffées si besoin

**SYNTHEMEDIC**  
 22 rue soubeir benou al aouam roches  
 noires casablanca  
**SYMBICORT TURBUHALER**  
 200/6 µg Pde p inh  
 Flacon de 120 doses  
 10474 DMP/21NRQ P.P.V.: 297,00 DH  
 6 118001 020706

**SYNTHEMEDIC**  
 22 rue soubeir benou al aouam roches  
 noires casablanca  
**SYMBICORT TURBUHALER**  
 200/6 µg Pde p inh  
 Flacon de 120 doses  
 10474 DMP/21NRQ P.P.V.: 297,00 DH  
 6 118001 020706

GlaxoSmithKline  
 Maroc  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
**VENTOLINE 100 mcg**  
 Aérosol 200 doses  
 PPV 45,30 DH

Glaxo  
 Ain El Aouda  
 Région de Rabat  
**VENTOLINE 100 mcg**  
 Aérosol 200 doses  
 PPV 45,30 DH

**NASONEX® 50 µg/dose**  
 Suspension pour pulvérisation nasale  
 Flacon de 120 doses  
 P.P.V.: 131,70DH

Distribué par MSD Maroc

6 118001 150199

**NASONEX® 50 µg/dose**  
 Suspension pour pulvérisation nasale  
 Flacon de 120 doses  
 P.P.V.: 131,70DH

Distribué par MSD Maroc

6 118001 150199

**NASONEX® 50 µg/dose**  
 Suspension pour pulvérisation nasale  
 Flacon de 120 doses  
 P.P.V.: 131,70DH

Distribué par MSD Maroc

6 118001 150199

Docteur  
 175, Rue Boukran  
 Tél: 05 22 49 23 75  
 ICE: 001584533000041

**PHARMACIE MARHABA**  
**ANNE ACHOUR**  
 61, Av. des F.A.R - Casablanca  
 Tél: 0522 31 16 40 - 0522 31 43 69

**Résidence Houssam Jassim**

https://192.168.1.25 Rue Boukran, Prés de l'Hôpital M. Youssef - 3<sup>ème</sup> 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**

07/02/2023

Casablanca le : .....

## Note d'honoraire

**MLLE EL HAMRITI YACOUT**

Acte	QTE	Honoraire
Consultation	1	350,00 Dh
EFR SPIROMETRIE K30	1	600,00 Dh
<b>Total</b>		<b>950,00 Dh</b>

Arrêté la présente facture à la somme de :  
neuf cent cinquante dirham(s)

Docteur Rachid EL KHETTAR  
Pneumologue - Allergologue  
175, Rue Boukraa - Casablanca  
Tél: 05 22 49 23 75  
ICE: 001584539000041

**Résidence Houssam Jassim**

175, Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital Mohammed VI, Casablanca 20430  
<https://192.168.1.25/pratisoft/v390227469/>

Tél.: 0522 49 23 75 - 0675 35 24 35

E-mail : pneumorek@gmail.com

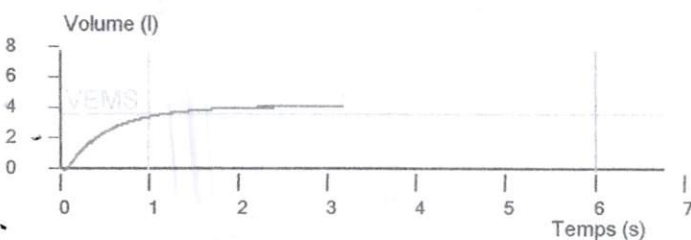
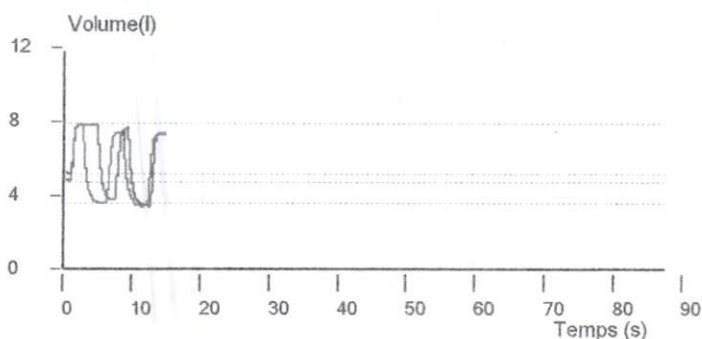
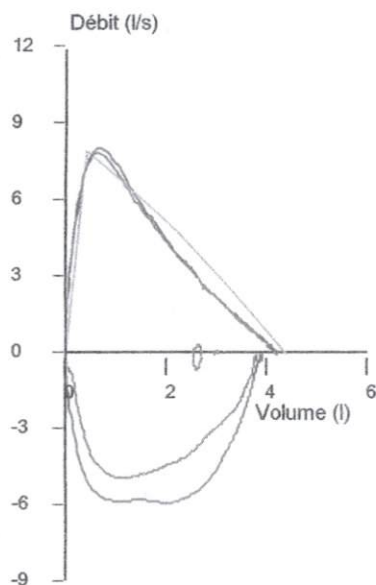
nom: Yacout El hamriti

Taille: 179 cm Age: 16 Ans Date Naissance 11/04/2006

Prénoms: YacEl 11042006

Poids: 66 kg Genre: Féminin BMI: 20,6 kg/m²

Médication: Post: Salbutamol



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	4,38	4,24	97	4,22	96	0	
CI	l	3,00	2,73	91	3,06	102	12	
VC	l	0,63	3,92	622	3,75	594	-4	
VRE	l	1,56	1,51	97	1,17	75	-23	

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	3,72	3,62	97	3,62	97	0	
CVFex	l	4,41	4,24	96	4,22	96	0	
VEMS/CVF	%	86	85		86		1	
DEP	l/s	8,02	7,94	99	8,10	101	2	
DEM25	l/s	2,52	1,93	76	1,98	78	3	
DEM50	l/s	4,88	4,18	86	4,24	87	1	
DEM75	l/s	6,86	7,09	103	7,42	108	5	
DEM 25-75	l/s	4,46	4,10	92	4,17	93	2	
tex	s		3,1		3,0		-3	

Commentaire:

⇒ léger trouble ventilatoire

Date: 07/02/2023

Temps: 16:35

Température ambiante: 19 °C

Pression ambiante: 1015 hPa

Humidité ambiante: 57 %

Tech:

Dr EL Khetar Rachid  
Pneumologie  
75 rue Boukraa  
Casablanca  
Tel: 05 22 49 23 75  
06 75 65 24 35