

## 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

M23-004060

187349

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4151

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUKDOUR Brahim

Date de naissance : 1/1/1949

Adresse : CASA

Tél. : 06 63 47 18 5

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur EL KHATTABI W.  
Pneumologue - Allergologue  
INPE 091035253

Date de consultation : 11 / 11 / 2023

Nom et prénom du malade : Boukdoor Rachida

Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Allergie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : 11 / 11 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : Boukdoor

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Praticien
M/R/B	S		G	
M/R/B	E/R		1500,00	

**CLINIQUE AL MADINA**  
 532 Bd Panoramique - Casablanca  
 Tél: 09 09 09 09 09  
 Fax: 09 09 09 09 09  
 INPE 091035253

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  
 Date  
 Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

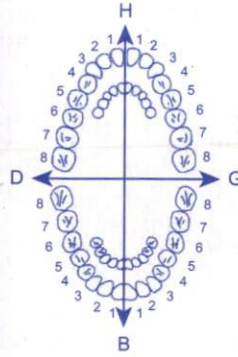
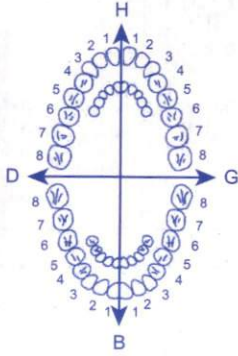
Cachet et signature du Praticien  
 Date des Soins  
 Nombre  
 AM PC IM IV  
 Montant détaillé des Honoraires

# 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																						
				Coefficient DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
				DEBUT D'EXECUTION																					
				FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table> <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			Coefficient DES TRAVAUX
	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																					
				DATE DU DEVIS																					
			DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**ORDONNANCE**

M. Berkaber Rachida

11/12/2022

1/ Symbicort 297-22 1 inhal x 4 x 3 mg  
à jeun  
(100 g)

2/ Amoxiclav 150-23 3 pul 1000/625 x 3 mg

3/ Cefixime 171-70 1 ph 300 x 3 mg

4/ Axair 821-6 1 gl x 100 x 4 x 10

5/ Projet 1456 1 ph 100 x 100 x 100

Pharmacie des Cygnes  
Mme LAHRICHI SAMIA  
250, Boulevard de l'Oasis  
Casablanca  
Tél.: 05 22 98 85 17

**Professeur EL KHATTABI W.**  
Pneumologue - Allergologue  
NPE 091035253

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue scoubair bnou al nouam roches  
noires casablanca  
**SYMBICORT TURBUHALER**

2006 µg Pdre p.uit  
Flacon de 120 doses  
104N4DMP/21NRQ P.P.V.:297,00 DH  
6 118001 020706

**SYNTHEMEDIC**  
22 rue scoubair bnou al nouam roches  
noires casablanca  
**SYMBICORT TURBUHALER**

2006 µg Pdre p.uit  
Flacon de 120 doses  
104N4DMP/21NRQ P.P.V.:297,00 DH  
6 118001 020706

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:115,00 DH

ID:654887  
6 118001 142262

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:115,00 DH

ID:652188  
6 118001 142262

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV:115,00 DH

ID:651887  
6 118001 142262

PPV:88DH00  
PER:07/26  
LOT:M2461



PPV:88DH00  
PER:07/26  
LOT:M2461



PPV:88DH00  
PER:07/26  
LOT:M2461



PPV:171,70 DH  
LOT: 22D05  
EXP: 04/2024

SYNTHEMEDIC  
22 rue scoubair bnou al nouam roches  
noires casablanca  
EXP. MAY-26  
LOT ZESC  
FAB. JUN-23  
INEFIVUM  
CGR  
20 mg  
Boite 14  
64050MP/21NRQ P.P.V.:82,10 DH  
6 118001 020581



**ORDONNANCE**

Prof. **EL KHATTABI W.**  
Pneumologue - Allergologue  
INPE 091035253

Ame Boukdeni Bahiche

Bilan de toux chronique  
+ abgre

CCN (pneumologie + Otor)

Professeur **EL KHATTABI W.**  
Pneumologue - Allergologue  
INPE 091035253

# CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

## F A C T U R E

N°: 35059 / 2023 du 11/12/23

Nom patient **BOUKDOUR RACHID**  
**PAYANT**

Entrée 11/12/23  
Sortie 11/12/23

**EFR - DR EL KHATTABI**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>FRAIS CLINIQUE</b>	<b>1.00</b>		<b>300.00</b>	<b>300.00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>300.00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>300.00</b>

<b>DR. EL KHATTABI WIAM (pneumologue)</b>	<b>1.00</b>		<b>1 200.00</b>	<b>1 200.00</b>
			<i>Sous-Total</i>	<b>1 200.00</b>
<b>Total Autres prestations</b>				<b>1 200.00</b>

<b>Arrêtée la présente facture à la somme de :</b>	<b>Total</b>	<b>1 500.00</b>
<b>MILLE CINQ CENTS DIRHAMS</b>		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

**CLINIQUE AL MADINA**  
CAISSE U  
532, Bd Panoramique - Casablanca  
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)  
Fax : 05 22 25 00 01

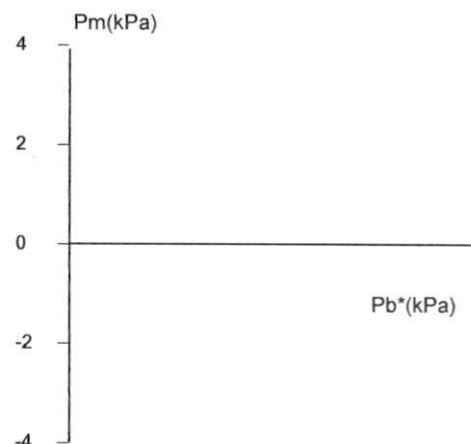
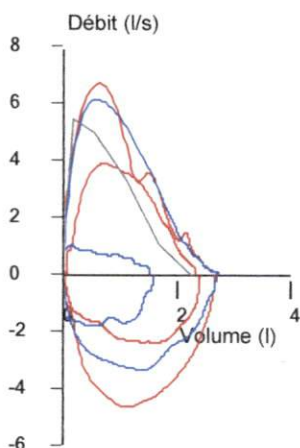
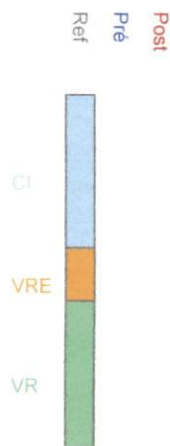
Nom : **Boukdour Rachida**

Taille: 156 cm Age: 66 Ans Date Naissance: 13/06/1957

ID: **BouRac13061957**

Poids: 84 kg Genre: Féminin BMI: 34,5 kg/m<sup>2</sup>

Medication: Post: Salbutamol



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
VEMS	l	1,91	2,47	129	2,48	130	0	
CVFex	l	2,30	2,77	120	2,73	119	-1	
VEMS/CVF	%	77	89		91		2	
DEP	l/s	5,49	6,17	112	6,73	123	9	
DEM25	l/s	1,10	1,39	126	1,26	115	-9	
DEM50	l/s	3,33	4,34	130	3,28	98	-24	
DEM75	l/s	4,97	6,14	123	6,72	135	9	
DEM 25-75	l/s	2,63	3,52	134	3,28	125	-7	
tex	s		3,4		2,4		-29	
Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	Post	%Ref	%Pré	ZScore
CV	l	2,27	2,77	122	2,73	120	-1	
CI	l	1,97	2,63	134	2,78	141	6	
VC	l		2,02		2,53		25	
VRE	l	0,68	0,14	20	-0,05		-136	
VGT	l	2,56						
CPT	l	4,51						
VR	l	1,88						
Paramètre	Unité	Ref	ZScore					
RVA	kPa/(l/s)	0,20						
GAW	(l/s)/kPa	6,66						
sRAW	kPa*s	0,51						

Commentaire:

Date: 11/12/2023

Température ambiante: 21 °C

Technicien :

Temps: 13:11

Pression ambiante: 1037 hPa

Humidité ambiante : 57 %