

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

W21-841563

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11940 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SOBHI Noureddine
 Date de naissance : 28.12.1958
 Adresse : 9 Lotissement Villa Garden DAR BOUAZZA
 Tél. : 0661 170601 Total des frais engagés : 1139,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : SOBHI Noureddine Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection chronique
 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 : Le :
 Signature de l'adhérent(e) :

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
12/02/24	C	1	350,21	
14/02/24	syndrôme	1	600,21	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou Fournisseur

Date

Montant de la Facture

12/02/24

189,50 d.t.

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

A M

P C

I M

I V

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

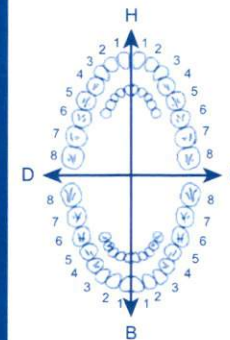
Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

Montant des Honoraires

COEFFICIENT DES TRAVAUX



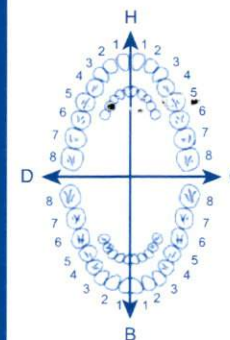
O.D.F.
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		
B			

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

Montant des Honoraires



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور رشيد الخطار
اختصاصي في أمراض الرئة والحساسية
البالغين - الأطفال

Casablanca le :12/02/2024

MR SOBHI NOUREDDINE

- zerostatVT spacer
 - FORACORT 200 aérosol
- 189,50 - 2 bouffées le soir 3 mois



Handwritten signature: F = 189,50 d/l

Stamp:
Docteur Rachid EL KHETTAR
Pneumologue
175, Rue Boukraa - Casablanca
Tél. 05 22 49 23 75 - INPE: 091056572
ICE: 00158453300044

PHARMACIE DAR EL KENZ
DR. BIDDJA Rajaa
Résidence Dar El Kenz
101-1 Im. E2 - DAR BOUAZZA
Tél: 05 20 13 28 69
INPE: 092104645

Résidence Houssam Jassim

175, Rue Boukraa, Prés de l'Hôpital My Youssef - 3^{ème} Etage - Casablanca

Tél.: 0522 49 23 75 - 0675 35 24 35

E-mail : pneumorek@gmail.com

21092336

120 doses
mesurées

Fumarate de formotérol
dihydraté et Budésonide 6/200 µg

foracort®
inhalateur

200

Avec
indicateur de dose



Cipla Maroc



Chaque bouffée délivre :

Fumarate de formotérol
dihydraté 6 µg
Budésonide 200 µg
Tetrafluoroéthane q.s

Excipients à effet notable :
Sans objet

Voir la notice pour plus d'informations

Mises en garde :
Tenir hors de la portée et la vue des
enfants.

A conserver à une température ne
dépassant pas 30°C et ne pas
congeler.

Réceptacle sous pression à conserver à
l'abri de la lumière et la chaleur.

Ne pas percer, casser ou brûler
même quand il semble vide.

Tableau A [Liste I]

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

Uniquement sur ordonnance

M.L. 28/2/2010

AMM n° 177/200MP/21/INNp

Fabriqué par : **CIPLA LTD.**

Plot 9 & 10, Indore SEZ

Pithampur, Dist. Dhar (M.P.) 454775

Inde

Cipla Maroc

BP 4491-11850

Oum Azza, Ain Aouda



6 118001 470082

ي
200/6 مكغ

راكورت
جهاز للإستنشق

200

مع
مؤشر الجرعة



Cipla Maroc

**فورمو
الهيدرا**

كل نفخة تعطي :

فورموتيرول فومارات ثنائي الهيدرات 6... مكغ
بوديزونيد 200... مكغ
تيترافلوروإيثان...

سواغ ذات تأثير معروف: لا ينطبق

النظر النشرة للمزيد من المعلومات

تحذيرات:
يحفظ بعيدا عن متناول و مراهق الأطفال

يخزن في درجة حرارة لا تتجاوز 30
درجة مئوية لا يجمد

وعاء مضغوط يخزن بعيدا عن الضوء والحرارة

الأنف، يفسد أو يحرق حتى عندما يبدو فارغا

جدول (7معا 1)

احترموا الجرعت الموصوفة

لا يسلم إلا بوصفة الطبيب

الجهة المصنعة
Cipla Ltd.

بلوت 9 و 10، إندور المناطق الاقتصادية الخاصة

بيثامبور، ديست، دهار (M.P.) 454775

الهند

سبيلا المغرب

11850-4491

أم عزة، عين عودة

PPV : 189 DH 50

672699711850117248882
N/M 61513714639249
EXP 05/2025
LOT 1830715
ص ب 11850-4491
GTIN 1890117248882



Casablanca le :12/02/2024

Note d'honoraire

MR SOBHI NOUREDDINE

Acte	QTE	Honoraire
Consultation	1	350,00 Dh
EFR SPIROMETRIE K30	1	600,00 Dh
Total		950,00 Dh

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

Docteur Rachid EL KHETTAR
Pneumologue
175, Rue Boukraa - Casablanca
Tél: 0522 49 23 75 - INPE: 091056572
ICE: 001564533000041

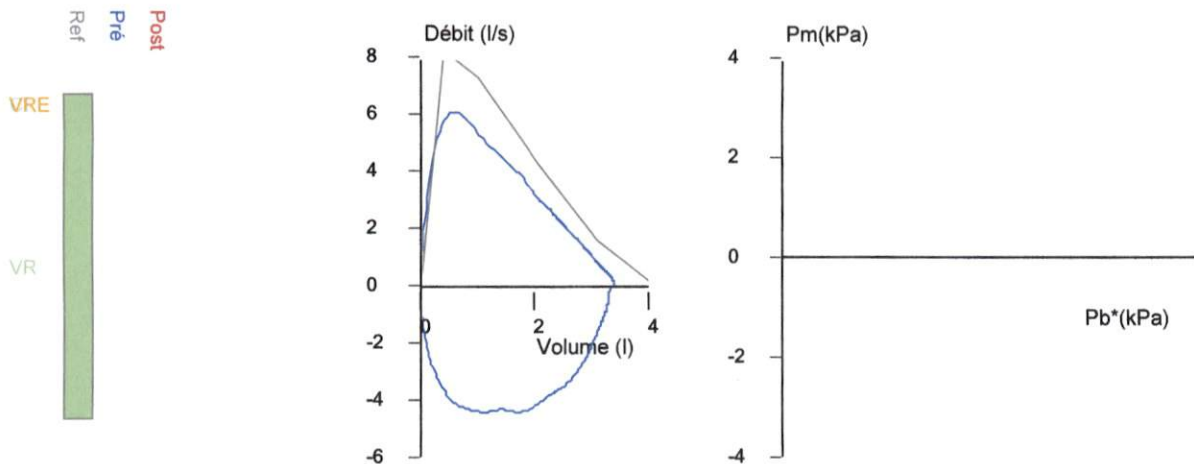
Résidence Houssam Jassim

175, Rue Boukraa, Près de l'Hôpital My Youssef - 3^{ème} Etage - Casablanca

Tél.: 0522 49 23 75 - 0675 35 24 35

E-mail : pneumorek@gmail.com

Nom : **Noureddine Sobhi** Taille: **177 cm** Age: **65 Ans** Date Naissance: **30/05/1958**
ID: **NouSob28121958** Poids: **96 kg** Genre: **Masculin** BMI: **30,3**
Medication:



Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	ZScore
VEMS	l	3,24	3,09	95	
CVFex	l	4,17	3,40	82	
VEMS/CVF	%	76	91		
DEP	l/s	8,22	6,09	74	
DEM25	l/s	1,59	2,08	131	
DEM50	l/s	4,34	3,99	92	
DEM75	l/s	7,31	5,75	79	
DEM 25-75	l/s	3,34	3,86	116	
tex	s		1,8		

Paramètre	Unité	Ref	Pré	%Ref	ZScore
CV	l	4,33	3,50	81	
CI	l	3,42	3,43	100	
VC	l		3,38		
VRE	l	1,12	0,07	6	
VGT	l	3,64			
CPT	l	7,06			
VR	l	2,52			

Paramètre	Unité	Ref
RVA	kPa/(l/s)	0,20
GAW	(l/s)/kPa	6,66
sRAW	kPa*s	0,73

→ Spirométrie en effort vs tsh
hétérologue

Commentaire: