

## 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

- 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-544383

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10503 Société : RAM.

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : AGOUTI DRISS

Date de naissance : 26/02/1963

Adresse : Habitude

Tél : 02249924 Total des frais engagés : 731,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/11/2020

Nom et prénom du malade : AGOUTI DRISS

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection

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 : / /

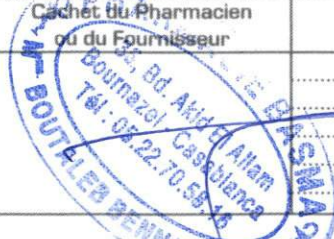
Signature de l'adhérent(e) :

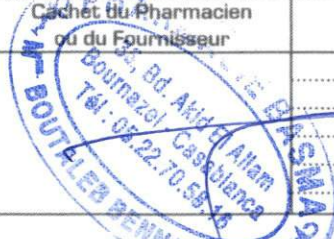
48468

24 NOV. 2020

ACCUEIL

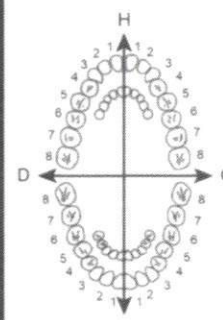
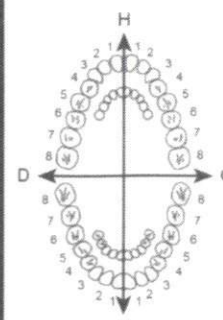


RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
17.11.2020	2500h	C3	300	
	2500h	C4	200	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17/11/2020	231,3

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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
		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 : 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	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																
					MONTANTS DES SOINS [ ]															
					DEBUT D'EXECUTION [ ]															
					FIN D'EXECUTION [ ]															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[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



الدكتور محمد البراهيمي  
Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophthysiologue

الدكتور ع. (الناصري)  
Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophthysiologue

17/11/2020

Monsieur AGOUTI Driss

3930

LOVANIC 500 boîte de 5 comp : 1 comp midi avant repas x 5 jours

6500

ORAPRED 20 mg : 2 comp le matin après manger x 5 jours

8700

RELAXIUM 300 : 1 comp par jour x 10 jours

231.3



Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophthysiologue  
Tél : 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47



65,00



79,30

RELAXANT

LOT: 200302  
DLUO: 09/2023  
87,00DH

Laboratoires Deva Pharmaceutique  
J.OUAJDI Pharmacien Responsable



الدكتور محمد البراهيمي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophthysiologue

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophthysiologue  
17/11/2020

**Monsieur AGOUTI Driss**

**COMPTE RENDU**

*Radiographie pulmonaire face*

\*\*\*\*\*

**Indication :** toux spasmodique -

- Silhouette cardio-médiastinale normale
- Culs de sac pleuraux sans anomalie
- Structure osseuse normale
- Aspect de péribronchite bilatérale

**Conclusion :** pas d'anomalies parenchymateuses évolutives.

Dr. Arabi NACIRI  
Pneumophthysiologue  
5 bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca  
Tél: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 92 47



الدكتور ع. العربي

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophtisiologue



CMR

الدكتور محمد البراهيمي

DOCTEUR M. EL IBRAHIMI  
PNEUMOPHTISIOLOGUE

5 bis rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - CASABLANCA  
Téléphone : 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47 - Fax : 05 22 94 91 23  
E-mail : soufflemaroc@gmail.com - Site web : www.cmr-maroc.com

Casablanca, le .....

17-11-2026

M .....

Agadi' Mrs

### Honoraires verses

Le .....	Consultation	300	DH
Le .....	Radiographie Pulmonaire Face	200	DH
Le .....	Radiographie Pulmonaire Profil		DH
Le .....	Pléthysmographie / DLCO		DH
Le .....	Spirometrie - Oscilling		DH
Le .....	Polysomnographie + Polygraphie		DH
Le .....	Polygraphie sous VNI		DH
Le .....	Gaz du Sang Artériel		DH
Le .....	Mise en Place de VNI		DH
Le .....	Epreuve d'Effort Cardio-Respiratoire		DH
Le .....	Tests Cutanes		DH
Le .....	Fibroscopie Bronchique / LBA		DH
Le .....	Aerosol + Injection		DH
Le .....	Ponction "Pleurale - Biopsie"		DH
Le .....	Ponction "Pleurale - Simple"		DH
Le .....	Echographie de repérage		DH
Le .....	Exsufflation		DH
TOTAL : .....			DH