

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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'Horlogerie Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W19-587641

48467

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 10503 Société : RAM-			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : AGOUTI DRISS			
Nom & Prénom : AGOUTI DRISS			
Date de naissance : 26/02/1963			
Adresse : Habituelle			
Tél. : 529499287 Total des frais engagés : 687,60 Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 21/10/2020			
Nom et prénom du malade : M. AGOUTI DRISS Age : 57			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : M. Agouti DRISS			
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 au 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 : Signature de l'adhérent(e) :			
Le : 24 NOV. 2020			

**RELEVE 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
16/11/28	Consultation	5	200	INPE : 5112991
	Rech.	3	200	

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/28	187,60

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

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	

**RELEVE 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 canalaire, 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 [ ]
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H	25533412	21433552	
	D	00000000	00000000	
	G	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
				MONTANTS DES SOINS [ ]
				DATE DU DEVIS [ ]
				DATE DE L'EXECUTION [ ]

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS      VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور محمد للبر (أبي)

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
 Pneumophysiologue

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI  
 Professeur agrégé  
 Pneumophysiologue

16/11/2020

Mademoiselle AGOUTI Salma

458-

CORTANCYL 20 mg : 2 comp le matin après manger x 4 jours

puis 1 comp le matin après manger x 4 jours

6000-2

MAZAX 500 : 1comp par jour avant repas de midi ~~le soir~~ x 3 jours

PUIS 1/2 comp. midi avant repas x 6 jours

218-

ASPEGIC 100 mg : 1 sachet par jour x 10 jours

T = 1876-



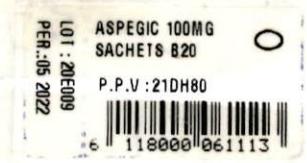
Dr. Arabi NACIRI  
 Pneumophysiologue  
 5 Cte, Rue Ibnou Babik - Casablanca  
 Tel: 05 22 94 91 46 - 05 22 94 93 47



45,80

60,00

60,00



الدكتور محمد للذر إبراهيمي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
 Pneumophysiologue

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI  
 Professeur agrégé  
 Pneumophysiologue  
 16/11/2020

### *Mademoiselle AGOUTI Salma*

#### *COMPTE RENDU*

#### *Radiographie pulmonaire face*

\*\*\*\*\*

**Indication :** toux spastique - gène respiratoire

- Silhouette cardio-médiastinale normale
- Culs de sac pleuraux sans anomalie
- Structure osseuse normale
- Sd alvéolo-interstitiel discret

Dr. Arabi NACIRI  
 Pneumophysiologue  
 5 Bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca  
 Tel: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47

الدكتور ع. النصري

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophtisiologue



CMR

الدكتور مصطفى 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

16.11.23

M

Audit Solos

## Honoraires versés

Le .....	Consultation	6 - 300	DH
Le .....	Radiographie Pulmonaire Face:	12200	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 reperage		DH
Le .....	Exsufflation		DH
TOTAL :			500 DH