

## 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 Faiur et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Honneur Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 73 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-587647

48564

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10803		Société : RAM.	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : A GOUTI DRISS		<input type="checkbox"/> Autre :	
Date de naissance : 26/02/1963		Adresse : Habituelle.	
Tél. : 05 22 49 92 77		Total des frais engagés : 915,90 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 16/11/2020			
Nom et prénom du malade : A. GOUTI DRISS			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Allégeance			
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.			

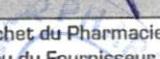
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent(e) : \_\_\_\_\_



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
20/11/2017	Consultation	1	300	INP : 11111111111111111111111111111111
20/11/2017	Consultation	1	200	
				RELEVE : 91144444444444444444444444444444

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16/11/2022	415,50

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

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 	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"/>												
				<b>D.O.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> </table>				H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000 35533411	00000000 11433553	B	A
					H	G										
					25533412 00000000	21433552 00000000										
					00000000 35533411	00000000 11433553										
					B	A										
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																



**CMR**  
EXPLORATION ET TRAITEMENT DES MALADIES  
RESPIRATOIRES DU SOMMEIL ET DU RONFLEMENT

**Consultations :**  
Pneumophysiologie  
Allergologie - Asthme  
Sommeil et ronflement  
Sevrage tabagique  
Réhabilitation respiratoire  
Oncologie

**Laboratoire de physiologie clinique**  
Pléthysmographie  
Spiromtrie - Oscilling  
Polysomnographie  
Gaz du sang artériel  
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

**Endoscopie diagnostique et interventionnelle**  
Fibroscopie bronchique  
Bronchoscopie rigide  
Thoracoscopie

الدكتور محمد للبر ابراهيم

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophysiologue

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophysiologue

16/11/2020

Madame EL AOUNI Fatima

6600 AZIMYCINE 500 : 1comp par jour avant repas de midi x 3 jours

*α 2*  
puis 1/2 comp. midi avant repas x 6 jours

8210 EUZOL 20 : 1 comp le soir après repas x 15 jours

2180 ASPEGIC 100 mg : 1 sachet par jour x 15 jours

1800 MAELYS : 1 comp à matin et soir avant repas x 15 jours

*T = 415,90*

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

LOT 20009  
PER 09/25  
PPV 66 DH 00



LOT 20009  
PER 09/25  
PPV 66 DH 00



→ (82,10)

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
LOT: 20609  
P.P.V: 21DH80  
6 118000 061113

الدكتور ع. النصري

Dr. Arabi NACIRI

Professeur agrégé

Pneumophtisiologue



CMR

الدكتور مصطفى البراهيمي

DOCTEUR M. EL IBRAHIMI

PNEUMOPHTSILOGUE

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

16.11.26

M

El Aawy - Faha

## Honoraires versés

Le .....	Consultation	<i>S</i>	<i>3as</i>	DH
Le .....	Radiographie Pulmonaire Face	<i>ER</i>	<i>210</i>	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 :				<i>50</i> DH



الدكتور محمد للابراني

الدكتور ع. الناصري

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophysiologist

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophysiologist

16/11/2020

*Madame EL AOUNI Fatima*

*COMPTE RENDU*

*Radiographie pulmonaire face*

\*\*\*\*\*

Indication : toux spasmodique - gêne respiratoire

- 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  
Pneumophysiologist  
5 Bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca  
Tél: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47