

# 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 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

M23- N° 0038411

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1086 Société : AGG AXX

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : KERRUM AHME

Nom & Prénom : KERRUM AHME

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M23- N° 0038411

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



### 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
-----------------	-------------------	-----------------------	---------------------------------	--

### 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				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

11A8E0U

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

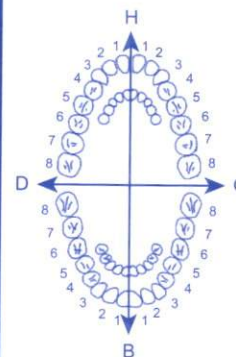
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

# Cabinet De Pneumologie-Allergolo

LOT : 2386  
PER : 02 - 26  
P.P.V : 79 DH 30

## Docteur Azzeddine MOHAMMADI

Spécialiste des maladies des poumons et allergies respiratoires

Lauréat de la faculté de médecine de Lille (France)

Membre des Sociétés Françaises de Pneumologie et Allergologie

Médecin Expert près des tribunaux

Diplôme de réanimation polyvalente

Diplôme des maladies immunodéficientes acquises (SIDA)

Diplôme de médecine du Travail

Diplôme en oncologie thoracique

Endoscopie bronchique - Radiologie - EFR - gaz du sang

Bilan Allergologique - Kinésithérapie respiratoire

Exploration des Ronflement et Pathologie du Sommeil

consultation  
sur  
rendez vous

## دكتور عز الدين محمادي

في أمراض الجهاز التنفسي والحساسية

بج كلية الطب بليل (فرنسا)

الفرنسية لأمراض الجهاز التنفسي والحساسية

طبيب محلف لدى المحاكم

دبلوم في الإنعاش العام

م في أمراض فقدان المناعة (أيدز)

دبلوم في طب الشغل

دبلوم في سرطان الصدر

التنظير القصبي - الفحص بالأشعة

حص الوظيفة التنفسية - تحليل غازات الدم

الحساسية - الترويض التنفسي - فحص الشخير

Marrakech, Le

20 FEB 2012

## Mr KERROUM AHMED

1617/2012

- EXOMUC sans sucre:

1 sachet x 3/ jour après repas pendant 10 jours.

- LEFLOX

1 cp/j le matin pendant 5 jours.

- DEFLAZACORT GT 30mg:

2.5 cps/j le matin après repas pendant 7 jours.

- ESAC ésoméprazole 20mg

1 cp/j le soir avant repas pendant 7 jours

Pharmacie AL INARA  
Hay Al Inara N° 367  
Marrakech  
Tél.: 05 24 33 55 81

Merci de ramener votre ordonnance à chaque consultation

الأحياس عمارة 3 رقم 3 - مراكش - الهاتف : 06 12 02 94 69 - 05 24 33 02 10

Av. Allal El Fassi, Complexe Habous, Imm. 3 N 3 - Marrakech - Tél : 05 24 33 02 10 - 06 12 02

Lot: AE0571B  
Per: 03/2027  
PPV: 96DH90

Lot: AA0077C  
Per: 12/2026  
PPV: 96DH90

LOT 23012  
PER JUL 25  
PPV 39DH90



RDV le

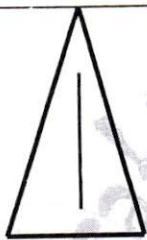
27 FEB 2024

à

pour :

- ☐ Consultation
- ☐ EFR : ☐ Spirométrie ☐ Plethysmo ☐ DLCO  
☐ Test de marche de 6 mn
- ☐ Tests cutanés: ☐ Prick test ☐ Patch test
- ☐ Radiographie thoracique
- ☐ Echographie thoracique
- ☐ Contrôle après 1 semaine, vers 13H.
- ☐ GDS
- ☐ Polygraphie ☐ Polysomnographie

Information par wathsapp, seulement par écrit (pas d'audio):  
06 36 01 61 82



- ↘ le sucre ↘ le sel
- ↓ tabac actif et/ou passif
- ↓ pollution domestique
- ↓ Hammam pendant 15 jours
- **Boire abondamment ++++++**

Ordonnance de contrôle

المرجو مراقبة اورا قكم قبل مغادرة العيادة

الاوراق تسلم مرة واحدة

**Merci de vérifier vos papiers avant  
de quitter le cabinet. Les papiers  
sont donnés une seule fois.**

20 FEB 2024



Dr. AZZEDINE MOHAMMADI

Mr KERROUM AHMED

1617/201

Nom/Prénom :

20/02/2024

Consultation + Radiographie thoracique

Motif de l'examen :

*toux*

Examen clinique : Normal ☐ Râles bronchiques ☒ Râles sibilant ☐

Râles crépitants ☐ Râles sous crépitants ☐ Cyanose ☐

T°: *37°* Saturation: *97* Poids: *68kg* Pouls: TA:

S.F.: Toux ☒ Craquants ☒ Hémoptysie ☐ Dyspnée ☐ Douleur thoracique ☐

Compte rendu Rx

**Image thoracique normale**

Ce rapport n'est donné qu'une seule fois ne le perdez pas



Dr. Azzeddine MOHAMMADI  
الدكتور عز الدين محمادي



# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien  
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)  
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre  
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin  
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin  
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade  
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié  
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie  
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence  
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme  
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute  
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière  
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste  
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste  
R-Z = Electro-Radiologie  
B = Analyses

## POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord au de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnés dans le temps.
- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

## EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



# MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 28 57 / 28 83  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUI  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 817406

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : KERROUM AHMED  
Matricule : 1086 Fonction : RETRAITE Poste :  
Adresse : MARRAKECH  
Tél. : 0615918547 Signature Adhérent : [Signature]

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age 010148  
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☒ Conjoint ☐ Enfant ☐  
Date de la première visite du médecin :  
Nature de la maladie : Subjeter hnd  
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances :  
A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
Durée d'utilisation 3 mois  
Signature et cachet du médecin : Dr. Azzidine MOHAMMADI

### VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 817406  
Matricule N° : 1086  
Nom du patient : KERROUM Ahmed  
Date de dépôt :  
Montant engagé : 795,12 DH  
Nombre de pièces jointes :





## 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
20 FFV 2024				
27 FFV 2024				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	20/02/24	238,20
	24/02/24	96,80
		IMP 07200621

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20 FEV 2024		

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## VOLET ADHERENT

Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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 <input type="text"/>												
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			25533412	H	21433552	00000000	D	00000000	00000000	G	00000000	35533411	B	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	H	21433552													
	00000000	D	00000000													
	00000000	G	00000000													
	35533411	B	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANT DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



2024-02-20 12:27:31

D

**Horaires continues** (toute l'année)

De 08h30 à 15h

**Le Samedi,**

**Ouvert de 08h30 à 13h.**

*En cas d'urgence, appelez le*

**06 36 01 61 82**

CABINET DU SOUFFLE Av. Allal FASSI Im HABOUS

KERROUM AHMED

DOB 1948-01-01

M

76 Y

50mm

Dr Azzeddine MOHAMMADI



Dr Azzeddine MOHAMMADI  
Pneumologue-Allergologue  
[www.cabinetdusouffle.com](http://www.cabinetdusouffle.com)

Marrakech le, 20/02/2024

Mr KERROUM AHMED

NOTE D'HONORAIRE

CS	250
RX	150
<hr/>	
TOTAL =	400

SOIT LA SOMME DE :  
QUATRE CENTS DIRHAMS

Dr. Azzeddine MOHAMMADI  
Pneumologue - Allergologue  
[www.cabinetdusouffle.com](http://www.cabinetdusouffle.com)