

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 1086

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KERLOUM AHMED

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 :

RELEVE 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

LEADER

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important

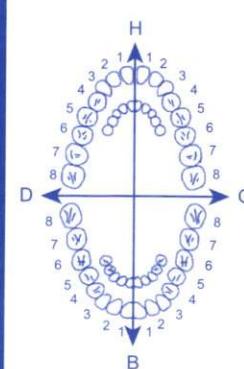
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[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 REVISÉ

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Cabinet De Pneumologie-Allergology

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

ورز الدين محمد
في أمراض الجهاز التنفسى والحساسية

بيج كلية الطب بليل (فرنسا)

الفرنسية لأمراض الجهاز التنفسى والحساسية

طبيب محف لدى المحاكم

دبلوم في الإنعاش العام

م في أمراض فقدان النساعة (أيدز)

دبلوم في طب التغذى

دبلوم في سلطان المصدر

التظير القصبي - الفحص بالأشعة

فحص الوظيفة التنفسية - تحليل غازات الدم

الحساسية - الترويض التنفسى - فحص الشخير

20 FEV 2012

Marrakech, le

Mr KERROUM AHMED

1617/2012

33,30 - EXOMUC sans sucre:

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

78,30 - LEFLOX

1 cp/j le matin pendant 5 jours.

96,50 - DEFLAZACORT GT 30mg:

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

82,70 - ESAC ésoméprazole 20mg

1 cp/j le soir avant repas pendant 7 jours

238,2
96,90

Pharmacie AL INARA
Nay Al Inara N° 367
Marrakech
Tél... 05 24 75 55 81

39,90

385,12

Merci de ramener votre ordonnance à chaque consultation

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

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

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

EXOMUC
sachets 200 mg
30 sachets
PRODUCIMEX S.A.
Barcode
6 80000 240341

Lot : AE0571B
Per : 03/2027
P.P.V : 96DH90

Lot : AA0077C
Per : 12/2026
P.P.V : 96DH90

RDV le

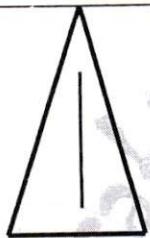
27 FEV 2024

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 اوراقكم قبل مغادرة العيادة

الاوراق تسلم مرة واحدة

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

Dr AZZEDDINE MOHAMMADI
Pneumologue -Allergologue
www.cabinetdusouffle.com

Marrakech le

20 FEV 2024



Dr. AZZEDINE MOHAMMADI
Mr KERROUM AHMED
1617/20
20/02/2024

Nom/Prénom :

Consultation + Radiographie thoracique

Motif de l'examen : *tox*

Examen clinique : Normal Râles bronchiques Râles sibilants

Râles crépitants Râles sous crépitants Cyanose

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

S.F: Toux Crachat Hémoptysie Dyspnée Douleur thoracique

Compte rendu Rx

Image thoracique normale

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

INP



Avenue Allal FASSI Immeuble des HABOUS ; Entrée 3 App.3 40070 Marrakech.
www.cabinetdusouffle.com Tél.0524330210/0646272353 Watsapp: 0636016182

Dr. Azeddine MOHAMMADI
الدكتور عز الدين محمداني

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 courant 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 PRÉALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HÔPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances . ou actes globeaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps .

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- 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

DATE DE DÉPÔT



MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883
FAX / 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUPRAS
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS

N° 817406

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : KERROUM AHMED

Matricule : 1086 Fonction RETRAITÉ Poste :

Adresse : MARRAKESH

Tél. : 0615918547 Signature Adhérent : (Signature)

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN 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 :

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A -----, le -----

Durée d'utilisation 3 mois

Dr. Azeddine MOHAMMADI
Signature et cachet du médecin

VOLET ADHÉRENT

DECLARATION

N° 817406

Matricule N° : 1086

Nom du patient : KERROUM Ahmed

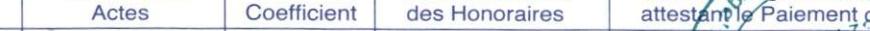
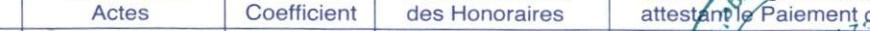
Date de dépôt :

Montant engagé : 795,12 DH

Nombre de pièces jointes :



RELEVE 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
0 FFV 2021			86,02	
27 FFV 2021				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES – RADIOGRAPHIES

Cachet de Signature du Laboratoire et du Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	20 FEV 2024	Rashid fir	10

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 15%;">D</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">H</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> </table>	D	H	G	00000000	25533412	21433552	00000000	35533411	11433553	B	00000000	00000000	COEFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANT DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
D	H	G												
00000000	25533412	21433552												
00000000	35533411	11433553												
B	00000000	00000000												
(Création, remont, adjenction) Fonctionnel, Thérapeutique, nésseccaire à la profession														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

2024-02-20 12:27:31

CABINET DU SOUFFLE Av. Allal FASSI Im HABOUS
KERROUM AHMED
DOB 1948-01-01
M
76 Y

Horaire continue (toute l'année)

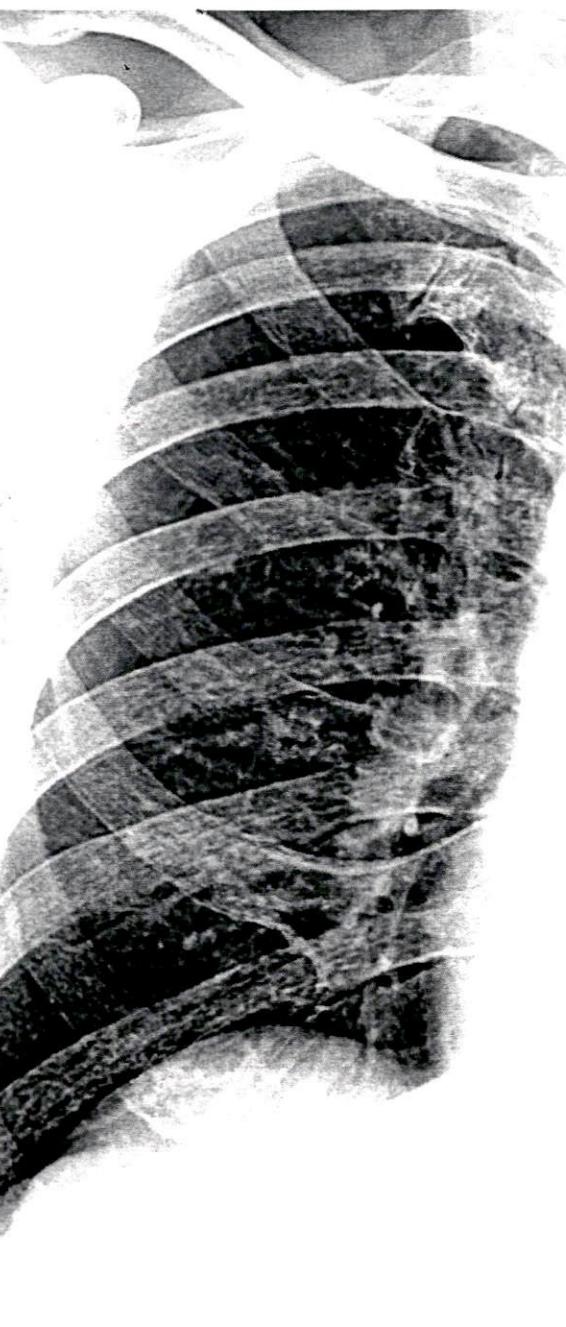
De 08h30 à 15h

Le Samedi,

Ouvert de 08h30 à 13h.

En cas d'urgence,appelez le

06 36 01 61 82



Dr Azzeddine MOHAMMADI

Dr Azzeddine MOHAMMADI
Pneumologue-Allergologue
www.cabinetdusouffle.com

Marrakech le, 20/02/2024

Mr KERROUM AHMED

NOTE D'HONORAIRE

CS	250
RX	150
TOTAL =	400

SOIT LA SOMME DE :
QUATRE CENTS DIRHAMS

*Dr. Azzeddine MOHAMMADI
Pneumologue - Allergologue
www.cabinetdusouffle.com*