

## 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 Langue Purée ALD et ALC**

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- Adresses Mails Actives

  - 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 Alali Ben Abdellah - 6eme Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (1G) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

Nº W19-515746

746  
93022  A4

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	4680	Société :	R.A.M. / Retraite
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	SKALLI HOUSSAINI MOHAMED
Nom & Prénom :			
Date de naissance :	18-07-1950		
Adresse :	41 Rue ORAN Rétif 1 <sup>er</sup> étage AIDA (2 <sup>ème</sup> étage)		
Tél. :	06 66 12 08 09	Total des frais engagés	Dhs
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :	20/11/2021		
Nom et prénom du malade :	n'accorde pas volont		Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	EP. SKALLI	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Affection respiratoire		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer les renseignements sous p 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 :			
Signature de l'adhérent(e)			

### 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
20/11/2021	Consultation	03	300,00	INP : 91 122 499
	Radio	212	200,00	500,00

DOCTEUR NACIRI ARABE  
PNEUMOLOGUE  
5, Rue Ibnou Abbé SABLANCA  
93 579

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
INP : 900 456 789	20/11/2021	345,50

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

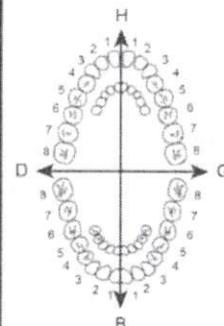
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

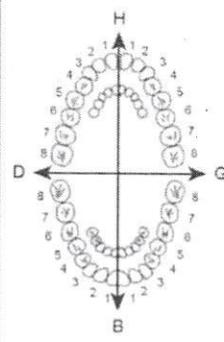
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

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



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

### (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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
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  
Spirométrie - Oscillometry  
Polysomnographie  
Gaz du sang artériel  
Epreuve d'effort cardio-respiratoire

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

الدكتور محمد للبرachiسي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophysiologist

الدكتور ع. الناصري

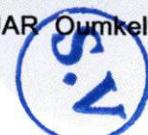
Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophysiologist

20/11/2021

Madame MEKOUAR Oumkeltoum Ep Skalli

297,00

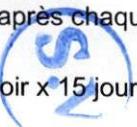
SYMBICORT 200 : 1 bouffée soir x 1 mois \*



se rincer la bouche après chaque utilisation

45,00

XYZALL : 1 comp le soir x 15 jours



SYNTHEMEDIC  
22 rue Soubeir Ibnou al aquam roches  
Casablanca  
SYMBICORT TURBUHALER  
200ug  
Flacon de 120 doses  
10414 DMP/21/NRQ P.P.V: 297,00DH  
8 118001 020706

T = 342,20



Docteur Arabi NACIRI  
Professeur Agrégé  
Maladies Respiratoires  
5, Bis Rue Ibnou Babik - Maârif  
CASA. Tél: 022 94 6746 - 94 93 47

Pour les rendez-vous veuillez téléphoner au n° **06 66 79 59 81**

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 20.11.2021

M NEfcaur au 100% op 86/11

### Honoraires versés

Le .....	Consultation	<u>300</u>	DH
Le .....	Radiographie Pulmonaire Face : <u>12</u>	<u>200</u>	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 .....	Test de marche de 60 minutes	.....	DH

Docteur M. EL IBRAHIMI  
 PNEUMOPHTISIOLOGUE  
 5, Rue Ibnou Babik - Quartier Racine  
 CASABLANCA - Tél. : 05 22 94 93 47

**TOTAL :**

500

DH



الدكتور محمد للبرachi

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophysiologue

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophysiologue

20/11/2021

**Madame MEKOUAR Oumkeltooum Ep Skalli**

**COMPTE RENDU**

**Radiographie thoracique face**

\*\*\*\*\*

**Indication :** 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.

Docteur Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Maladies respiratoires  
b. Bis Rue Ibnou Babik - Casablanca  
Tél: 022 94 93 47 - 05 22 94 93 47