

## 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 canaux, 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 canaux.

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-698699

111996

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00303 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : CHAIEB LAHSEN  
 Date de naissance : 23/09/38  
 Adresse : 12 IMPASSE DAJET HACHLAF - CASA  
 Tél. : 0672406347 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 11/04/2022  
 Nom et prénom du malade : CHAIEB LAHSEN  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 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 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 : CASABLANCA  
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N : A-A-215/2019



CMR EL IBRAHIM  
 5 bis, Rue Mohamed Fakir  
 Quartier Racine Moult - Casablanca  
 Tél : 05 22 20 45 45 - Fax : 05 22 22 78 18



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
16/11/2022	Consultation	3	300	
	RADIO	2	200	
		1	100	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/11/2022	777,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
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	

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	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"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

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

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

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

الدكتور محمد (البراهيمي)  
Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophtisiologue

الدكتور ع. (النصري)  
Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophtisiologue

Casablanca le 11/04/2022

Monsieur CHAIEB Lahsen

139,50  
57.10  
144.50  
297.60  
777.60  
zylix : 1/j x 10j (2 boîtes de 5)

isolone 20: 3cp le matin x 03j puis 2cp le matin x 0

euzol 20: 1 le soir

ymbicort 200: 1 inh x2/j (N°2)

broncotecc: 1 inh x2/j (N°3)

Prendre rendez-vous sur : [casasouffle@gmail.com](mailto:casasouffle@gmail.com)

PHARMACIE BAB ESSALAM  
Mr SEKKAT Omar  
27, Rue de l'Atlas - C.I.L.  
Casablanca - Tél: 0522.94.15.14  
ICE 001082118000087

AFRIC-PHAR  
LOT EXP  
204851 04/2023  
PPV: 139DH50

AFRIC-PHAR  
LOT EXP  
204851 04/2023  
PPV: 139DH50

144,50  
LOT 211746  
EXP 07 2026  
PPV 57 10

SYNTHEMEDIC  
22 rue moukarraba 41 annam rochdat  
SYMBICORT TURBUHALER  
200/6 inh  
Facon de 120 doses  
1044104021NRQ PPV: 297.00 DH  
023706  
118001  
6



**Consultations :**  
Pneumophtisiologie  
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**  
Fibroskopie bronchique  
Bronchoscopie rigide  
Thoracoscopie

الدكتور محمد البراهيمي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI  
Pneumophtisiologue

الدكتور ع. العربي

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophtisiologue

11/04/2022

CHAIEB Lahsen

**COMPTE RENDU**  
**Radiographie du thorax face**

**Indication : toux spasmodique - gêne respiratoire**

**- Opacité basale droite peu dense inhomogène**

Dr. EL IBRAHIMI Mohamed  
5 bis, Rue Ibnou Babik  
Quartier Racine Maârif - Casablanca  
Téléphone : 05 22 94 92 46 - Fax : 05 22 94 91 23

الدكتور ع. العربي

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophthisiologue



CMR

الدكتور محمد الإبراهيمي

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 14/04/2022

M

CMR EL IBRAHIMI Mohamed  
Quartier Racine - Maârif - Casablanca  
Tél.: 05 22 94 92 46 - Fax: 05 22 94 91 23  
M. EL IBRAHIMI Mohamed

## Honoraires versés

Le .....	Consultation	9	300 DH
Le .....	Radiographie Pulmonaire Face	292	200 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 06 minutes		DH

TOTAL : 1000 DH