

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 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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2279 Société : RSM, 151824
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : BENJAKHIAF Laâbi
 Date de naissance : 28/03/54
 Adresse : 284 AMEL KIS II NAKHIL Sud Route
 Tél. : 0661311629 Total des frais engagés : 1392,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

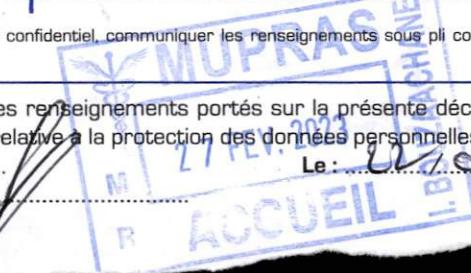
Cachet du médecin : **Docteur Azzeddine MOHAMMADI
PNEUMOLOGUE - ALLERGOLOGUE
Réanimation Polyvalente - Médecine du Travail
Av. Allal El Fassi Complexe Habous Imm. 3 App. 3
Marrakech - Tel : 05 21 33 88 19 05 15 00 00 00**

Date de consultation : 05/12/2022
 Nom et prénom du malade : BEN MAKHLOUF ASSIA Age: 66ans
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : **influenza**
 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 : **RSM** Le : 02/12/2023

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
05/12/22	CS		250,00	
13/12/22	CS		A. G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie Résidence Annassim Sarl au Marakech Opération Annassim 1 TEL: 05 24 39 44 83	05/12/22	Pharmacie Résidence Annassim Sarl au Marakech Opération Annassim 1 TEL: 05 24 39 44 83
Pharmacie Annassim Marrakech Opération Annassim 1 TEL: 05 24 39 44 83	13/12/22	Pharmacie Annassim Marrakech Opération Annassim 1 TEL: 05 24 39 44 83

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
05/12/22		212	150,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
MONTANTS DES SOINS				
DEBUT D'EXECUTION				
FIN D'EXECUTION				
COEFFICIENT DES TRAVAUX	ODE PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H	25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553 G	
			(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
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

Dr AZZEDDINE MOHAMMADI
Pneumologue - Allergologue
www.cabinetdusouffle.com

Marrakech le

05 DEC 2022



Nom/Prénom :

Dr. AZZEDINE MOHAMMADI
Mme BEN MAKHLOUF
ASSIA 3209/200
05/12/2022



Consultation + Radiographie thoracique

Motif de l'examen :

Toux

Examen clinique : Normal Râles bronchique Râles sibilant

Râles crépitants Râles sous crépitants Cyanose

T°: 37°

Saturation :

Poids:

Pouls:

TA:

S.F: Toux Crachat Hémoptysie Dyspnée Douleur thoracique

Compte rendu Rx

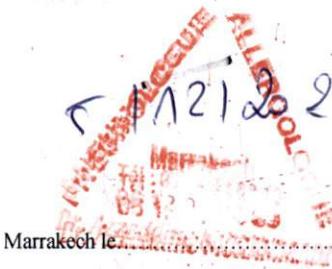
Image thoracique normale.

Dr. Azeddine MOHAMMADI
الدكتور عزيز محمد

INP



Dr Azzeddine MOHAMMADI
Pneumologue -Allergologue
www.drazzeddinemohammadi.ma



CDS
Cabinet Du
Souffle



19.90

- EXOMUC sans sucre X1



M. Ashy

SEV NACULOS

38.7.0

1 sachet x3 / jour après repas pendant
10 jours



- Foster poche X1



2 bouffée x2 /j (se fincer la bouche
et la gorge après chaque prise)

11.1.0
- EFLOR X1



- CP 1/2 de matin pendant 14 jours



Pharmacie Résidence Annassim
Sidi El Sayed
Opération Annassim 1 Massira 3
Marrakech
TEL. 05 24 29 44 83

Avenue Allal FASSI Immeuble des HABOUS ; Entrée 3 App.3 40070 Marrakech.
www.cabinetdusouffle.com Tél.0524330210/0619536303 Watsapp :0636016182

Exomuc®

acétylcystéine 200 mg

Granulé
sans sucre
30 sachets



390,90 x 1

LOT 22004
FER MAI 24
P.F.V 390 H 90



7 comprimés pelliculés
Voie orale

Leflox

PHARMA 5 ®
Lévofoxacine

500 mg

Adultes

Leflox PHARMA 5®

Lévofoxacine

500 mg

LOT : 6811
UT. AV : 01-25
P.P.V : 111 DH 00



Adultes



7 comprimés pelliculés
Voie orale

PHARMA 5

Tableau A (Liste I)
Uniquement sur ordonnance
ଆଇଲି ଲିସ୍ଟି ପାଇଁ

Ne pas dépasser la dose prescrite



Vignette

FOSTER

100/6
mcg/dose

فستار

6/100

ميكروغرام/جرعة

PPV=387DH00

ପରିଯାଳିତ ପରିଯାଳିତ ପରିଯାଳିତ ପରିଯାଳିତ
ପରିଯାଳିତ ପରିଯାଳିତ ପରିଯାଳିତ ପରିଯାଳିତ /

ପରିଯାଳିତ ପରିଯାଳିତ ପରିଯାଳିତ

ଅର୍ଥ 6/100 ପରିଯାଳିତ

ପରିଯାଳିତ

Dr Azzeddine MOHAMMADI
Pneumologue -Allergologue
www.drazzeddinemohammadi.ma

13 DEC 2022

Marrakech le.....

CDS
Cabinet Du
Souffle



Mme BEN MAKHLOUF ASSIA

3209/2008

96,90 x 2

- DEFLAZACORT GT 30mg: X 90

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

99,50

29,50 FITOPOLIS

+1

1 cm x 3/ après repas pendant 10 jours.

82,10

- IPSIUM 20mg

1 gel/j le soir avant repas pendant 14 jours

X 54,90

Pharmacie Résidence Annassir
Sarl au
Opération Annassir 1 Massira
Marrakech
024 39 44 83

Dr. Azzeddine MOHAMMADI
الدكتور عزيز الدين محمادي

Merci de ramener votre ordonnance à chaque consultation ou contrôle

Avenue Allal FASSI Immeuble des HABOUS ; Entrée 3 App.3 40070 Marrakech.
www.cabinetdusouffle.com Tél.0524330210/0619536303 WhatsApp:0636016182

30 mg

Déflazacort® GT 30 mg

voie orale
10 comprimés sécables

TECNIMED®
GROUP



19698
X20

Lot: SL1157B

Per: 11/2025

PPV: 96DH90

Déflazacort® GT 30 mg

Voie orale
10 comprimés séca



$$\begin{array}{r} 96139 \\ \times 2 \\ \hline \end{array}$$

Lot: SL1157B

Per: 11/2025

PPV: 96DH90

فتوبلييس®

محلول للشرب

الخصائص :

فتوبلييس® محلول للشرب يحتوي على مستخلصات طبيعية كصمع النحل والإكيناسيا وعسل الأوكالبتوس وفيتامين C.

مكونات فتوبلييس® تعمل بشكل متكامل لتهيئة المجرى التنفسية وتلطيف الحلق وتعزيز النظام المناعي للجسم.

نصائح الاستعمال :

• فتوبلييس® للكبار: 10 مل مرتين (2) إلى ثلث (3) مرات في اليوم.

فتوبلييس® مصحوب بكوب صغير مدرج لقياس الجرعة.

يحرك جيدا قبل الاستعمال

احتياطات الاستعمال :

- إحترام الجرعة المنشوحة بها.

- يوضع بعيدا عن متناول الأطفال الصغار.

- بعد الفتح يحفظ بعيدا عن الرطوبة و الحرارة.

مكمل غذائي ليس بدواء.

Importé et distribué au Maroc par MEDIPRO Pharma
Borj El yacout, Bd Rahal El Meskini. 20120 - Casablanca.

Autorisation ministère de santé n° :

DA 20201406337DMP/MA/v3

plameca



Fabriqué par:

PLAMECA

Avda. Prat de la Riba, s/n
08780 Pallejà
Barcelona - Spain
R.S.I. 26.05726/CAT



Lot: 220210

A consommer

de préférence avant le: 02/2025

PPC: 99,50 DH

فتُو بُلِيسْ®

محلول للشرب



للكبار

صمغ النحل

الإيكيناسيا

الزعتر

فيتامين C

يساعد على تهدئة
المجاري التنفسية
وتلطيف الحلق

150 مل

MEDIPRO
PHARMA



79,50

X1

Contenu net: 150 ml

Lot:

220209

A consommer

de préférence avant le: 02/2025

PPC: 79,50 DH



82,10 X 1

IPSIUM[®]
Esoméprazole

VOIE ORALE
Boîte de 14 gélules Gastro-résistantes

20mg

Dr Azzeddine MOHAMMADI
Pneumologue-Allergologue
www.cabinetdusouffle.com

Marrakech le, 05/12/2022

Mme BEN MAKHLOUF ASSIA

NOTE D'HONORAIRE

CONSULTATION	250
RADIOGRAPHIE (Z10)	150
<hr/> TOTAL = 400	

SOIT LA SOMME DE :
QUATRE CENTS DIRHAMS

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