

# 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0008972

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4748

Société : par com

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DOUTABAA

CHARIB

Date de naissance : 30-04-56

Adresse : Logement ALFESSI 40009 APP 4

Apt ALFESSI 40009 APP 4

Tél. 064170568

Total des frais engagés : 966,40

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 Appt. 3  
Marrakech - Tél : 05 24 33 02 10/06 12 02 94 69

Date de consultation : 15-10-2014

Nom et prénom du malade : DOUTABAA

CHARIB

Age :

68

Lien de parenté :

☒ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Surinfection

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

15 / 10 / 2014

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0008972

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 : 4748

Nom de l'adhérent(e) : DOUTABAA

Total des frais engagés : 966,40

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
15 JAN 2024	CS	280		Dr. Azzeddine MOHAMMAD Cabinet de Consultation 05 24 43 27 77 neumolog

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. DAAGARE IBTISAM Pharmacie IBN AATIA Derb Mederssa N°1 AKIOD INP: 072059868 05 24 43 27 77	15/01/2024	566,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Azzeddine MOHAMMAD neumolog	15 JAN 2024	Rell Fn	180,00

# 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.

# 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 <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 H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS 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

# Cabinet De Pneumologie-Allergologie

**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 National 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 de Pathologie respiratoire du Sommeil



**الدكتور عزالدين محمادي**

اختصاصي في امراض الجهاز التنفسي و الحساسية

خريج كلية الطب بليل ( فرنسا )

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز التنفسي و الحساسية

طبيب وطني محلف لدى المحاكم

دبلوم في الاعاش العام

دبلوم في امراض فقدان المناعة ( ايدز )

دبلوم في طب الشغل

دبلوم في سرطان الصدر

التنظير القصبي - الفحص بالاشعة

فحص الوظيفة التنفسية - تحليل غازات الدم

تحليل الحساسية - الترويض التنفسي - فحص الشخير

*Marrakech, Le*

**Mr DOUTABAA CHAKIB**

983/2010

- FOSTER poudre

2 bouffée x 2/j ( se rincer la bouche et la  
chaque prise)

- EXOMUC sans sucre:

1 sachet x 3/ jour après repas pendant

- Aquinex ( Moxifloxacin)

1 cp/j après repas pendant 5 jours

- ESAC ésoméprazole 20mg

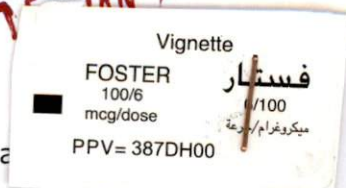
1 cp/j le soir avant repas pendant 7 jours

**Dr. DAAGARE IBTIALE**

Pharmacie IBN AATIA  
Derb Mederssa N°1 AKIOD

INP: 072059868

05 24 43 27 77



139,50/



Merci de ramener votre ordonnance à chaque consultation ou contrôle

شارع علال الفاسي مركب الاحباس عمارة 3 رقم 3 - مراكش - الهاتف 06 46 27 23 53 - 05 24 33 02 10

Av.Alla El Fassi, Complexe Habous, Imm. 3 N 3 - Marrakech - Tél : 05 24 33 02 10 - 06 46 27 23 53 - [www.cabinetdusouffle.com](http://www.cabinetdusouffle.com)



RDV le ..... 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 whatsapp, 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



Dr. AZZEDINE MOHAMMADI

Mr DOUTABAA CHAKIB

983/201

Nom/Prénom :

15/01/2024

Consultation + Radiographie thoracique

Motif de l'examen :

Examen clinique : Normal ☐ Râles bronchiques ☒ Râles sibilants ☐

Râles crépitants ☐ Râles sous crépitants ☐ Cyanose ☐

T°: 37° Saturation: 97 Poids: 73 Pouls: TA:

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

Compte rendu Rx

**Image thoracique normale**

Ce rapport n'est donné qu'une seule fois



Dr. Azzeddine MOHAMMADI  
الدكتور عز الدين محمادي

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

---

Marrakech le, 15/01/2024

Mr DOUTABAA CHAKIB

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)