

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

W21-831547

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12904 Société : Royal Air Maroc

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 983

Nom & Prénom : JAMAL-EDDINE Leila 50

Date de naissance : 17/02/1986

Adresse : 19, Rue des pelicans Oasis Casablanca

Tél. : 0661171865 Total des frais engagés : 946,7 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 16/01/2024

Nom et prénom du malade : J. JAMAL-EDDINE Leila

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection longue durée

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : 12 JAN 2024


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 Le : 19 / 01 / 24

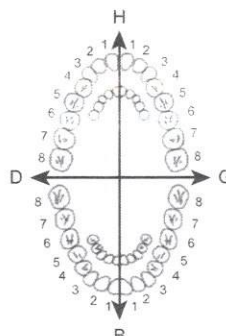
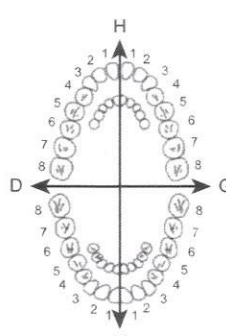
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
10/01/2024	Dev. all.	C9	300	
	Redu	27	200	
	Fuker		500	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/01/2024	446.70

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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES					
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.					
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.					
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D              00000000              35533411              B           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              11433553              B           </div> </div>			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"/>
	[Création, remont, adjonction]		Montant des Honoraires		
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

الدكتور ع. العربي

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophthisiologue



CMR

الدكتور محمد البراهيمي

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

10/01/2024

M JAHAL EMMIE Leila

## Honoraires verses

Le .....	Consultation	300	DH
Le .....	Radiographie Pulmonaire Face :	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 6 minutes		DH

TOTAL : 500 DH

Document N° 101/2024  
PNEUMOPHTISIOLOGUE  
5, Rue Ibnou Babik Quartier Racine  
CASABLANCA  
Tél : 05 22 94 92 46 / 05 22 94 93 47

**Consultations :**

Pneumophthysiologie  
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**

Fibroscope bronchique  
Bronchoscopie rigide  
Thoracoscopie

الدكتور ع. انصاري

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophthysiologue

10/01/2024

**Mademoiselle JMALEDINE Leila**

**COMPTE RENDU**

*Radiographie thoracique de face*

\*\*\*\*\*

- *Silhouette cardio-médiastinale normale*
- *Culs de sac pleuraux sans anomalie*
- *Structure osseuse normale*
- *Absence de foyer de condensation parenchymateuse*
- *Aspect de péribronchite bilatérale*

Docteur Arabi NACIRI  
Professeur Agrégé  
Maladies Respiratoires  
Rue Ibnou Babik - Maârif  
Tél: 05 22 94 93 47

**PHARMACIE JERRADA**  
61, Bd Abderrahim Bouabid  
Oasis - CASABLANCA  
Tél.: 09.84.49 / 99.88.18

الدكتور ع. (النصري)

Dr. Arabi NACIRI  
Professeur agrégé  
Pneumophtisiologue

10/01/2024

Mademoiselle JAMALEDDINE Leila

LEVAMOX 1g : 1 sachet 3 fois par jour x 6 jours

PECTRYL : 1 c à soupe 2 fois par jour x 6 jours

SERETIDE diskus 250 : 1 bouffée matin et soir x 1 mois

se rincer la bouche après chaque utilisation

EFFIPRED 20 mg : 2 comp le matin après manger x 5 jours

**PHARMACIE JERRADA**  
61, Bd Abderrahim Bouabid  
Oasis - CASABLANCA  
Tél.: 09.84.49 / 99.88.18

Docteur Arabi NACIRI  
Professeur Agrégé  
Maladies Respiratoires  
6, Bis Rue Ibnou Ba  
CASA Tél. 09.84.49 / 99.88.18

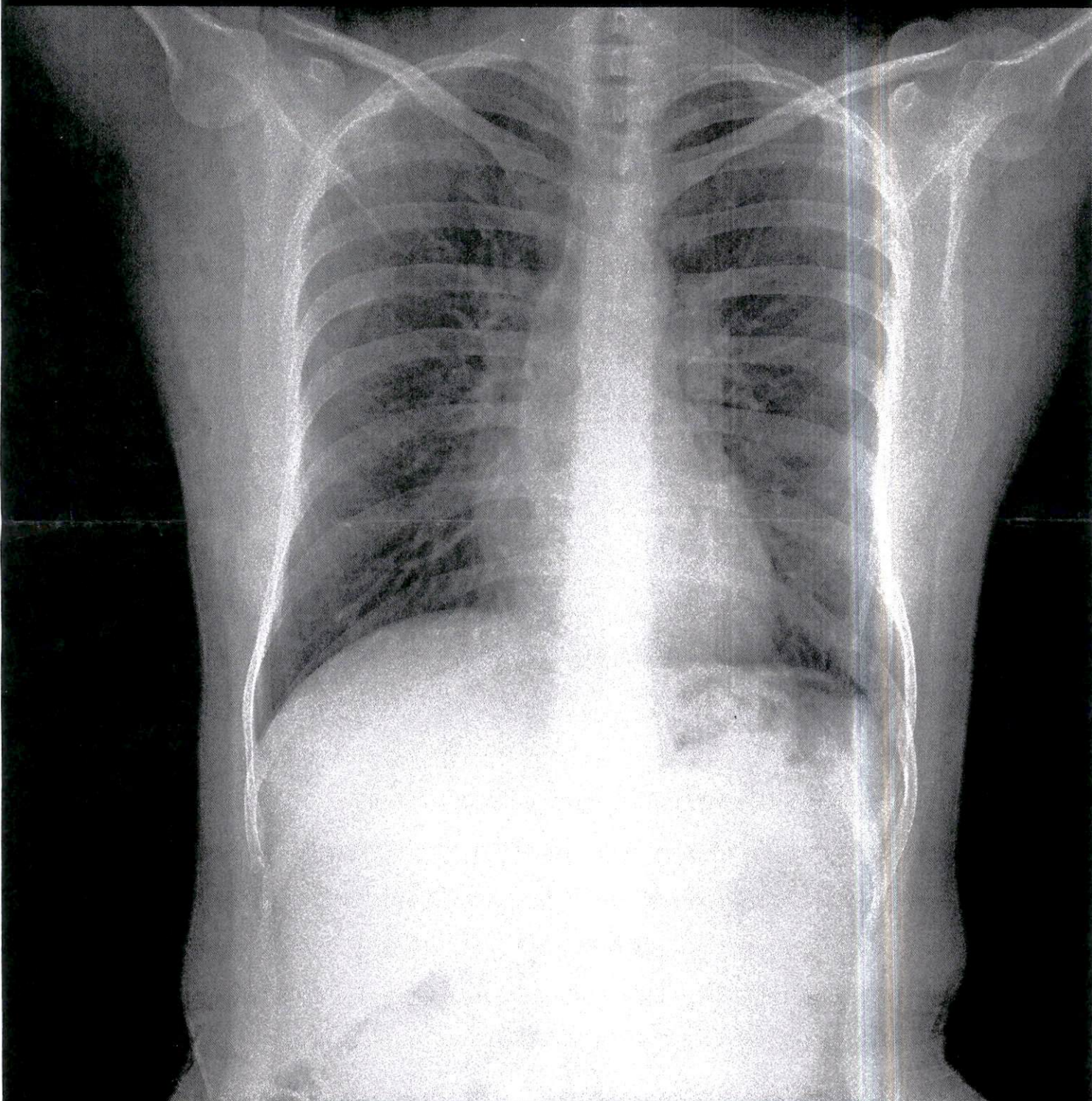
PPU 401H00  
EXP 07/2026  
LOT 35002 4

Pour les rendez-vous : tél. 06 66 79 59 81

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV 248.00 DH  
118001141104

Sexe/Âge : F/37Y  
Date de naissance : 17/02/1986  
ID : JAMAL EDDINE  
Nom : JAMAL EDDINE LEILA

Médecin prescripteur : admin  
Médecin référent : NACIRI



Date de l'examen : 10/01/2024  
Heure de l'examen : 10:02:33

CMR  
5 bis Rue Ibn Babik, Racine -Maarif, Casablanca