

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES RÉJETS

### 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° W21-622508

71308

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5855 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUKATI M. Abdelhak

Date de naissance : 16/07/53

Adresse :

Tél : 0661 60 70 66 Total des frais engagés : 320 700 - 602 = 1102 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Leila MEJDI  
PNEUMOPHTISIOLOGUE  
Résidence Zarka 117, Ibnou Mounir  
et Avenir 1er Etage N° 1 - Casablanca  
Tél : 05 22 25 64 70

Date de consultation : 23/04/2021

Nom et prénom du malade : CHOUKATI M. Abdelhak

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

Ben Tienoudjoute febrile

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-215/2019



# 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
23/04/21	C2	# 300,00		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23/04/21	5 23,10
	23/04/21	79,70
		= 602,80

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/04/21	# 300,00	

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

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																	
	<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>D</td> <td>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[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

Leila MEJDI

PFV: 79DH70

PER: 11/23

LOT: J3283

maladies du P.umon  
Université «Caen» France  
Respiratoires - Asthme

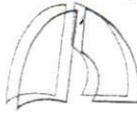
Allergies Respiratoires

Cholélites Respiratoires

ie - Radiographie

كتورة ليلي مجدي

في أمراض الجهاز التنفسي  
كلية الطب (كان) بفرنسا  
لثة - الضيقة - الحساسية  
فحص الوظيفة التنفسية  
جبر القصب - القصير



PPV: 49,60 DH  
LOT: 27986  
EXP: 01/2024

79,70

PPV 79DH70  
PER 11/23  
LOT J3104



Casablanca le: 23 04 2024



PPV: 79DH70  
PER: 11/23  
LOT: J3104

79,70 x 4,55  
159,40 \* 79,70



1) AZIX 500 g

2) Sortes

1 p le 1<sup>er</sup> puis 1/2 p/j de 49,90

2) Zinasquin 45

Je à J7.



49,60. 1 p/j



3) D cure forte 1 boîte de 4



15,30. 1 p/j 1 semaine

4 semaines

4) Vire 1000 g



27,70 1 p/j

5) Cardiaspirine

ZINASKIN

PPV 400DH90

EXP 01/2024  
LOT 00049 28

عمارة الزرقاء - 117, زنقة ابن منير وزنقة دوقيرن

الطابق الأول - رقم 1 - المعاريف - الهاتف: 05 22 25 64 70 - الدار البيضاء

Résidence ZARKA - 117, Angle Rue Ibnou Moumri et Rue d'Auvergne  
Age - Ap. N° 1 - 5 64 70 - Casablanca

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.

LOT: 087-2  
PER: FEB 2023  
PPV: 51 DH 70





6/ Fitoplus sir

19,50. 1 c'at'af'ing'ez **S.V** Blot:

7/ Oroxyl spray

20,00. en pulv dans la gorge **S.V**

8/ Febrex sachet **S.V**

59,70. 1 sachet 2 a 3 fois

9/ Aerius 5-5  
2 q sir

**S.V** *[Signature]*  
Pharmacie NARJISS  
141, Bd. Yacoub El Mansour  
Tél. 05 22 25 00 74  
et 05 22 25 64 70  
Casablanca

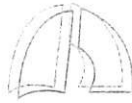
LOT : 5427  
UT.AV: 12-23  
PPV: 20DH00  
PHARMED

= 523,10.



Docteur Leila MEJDI

Spécialité des maladies du Poumon  
Diplômée de l'Université «Caen» France  
Maladies Respiratoires - Asthme  
Tuberculose - Allergies Respiratoires  
Explorations Fonctionnelles Respiratoires  
Branchoscopie - Radiographie



الدكتورة ليلى مجدي

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي  
حريج الكلية الطبية (كان) بفرنسا  
أمراض الرئة - الالتهاب - الحساسية  
السل - فحص الوظيفة التنفسية  
المنظير القصبي - الفحص بالأشعة

Casablanca le,

23 Ok 2021

Dr. Saleh CHOUKATI

On pt se voir la radiographie  
pul mouir de face

- Radiographie pul mouir de face strict
- Prise en position debout et inspiration forcée
- Silhouette cardiopneumale
- la radiographie montre - légère  
surcharge bronchique bilatérale des  
bases sans foyer ni pneumothorax  
ni autre
- la note est normale

عمارة الزرقاء 117، رافعة ابن منير ورنفادوفيرين  
الطابق الأول - رقم 1 - المعاريف - الهاتف : 05 22 25 64 70 - الدار البيضاء

Résidence ZARKA - 117, Angle Rue Ibnou Mounir et Rue d'Auvergne  
1er étage - Ap. N° 1 - Maârif - Tél.: 05 22 25 64 70 - Casablanca

Docteur LÉILA MEJDI  
PNEUMOPHYSIOLOGUE  
Résidence Zarka - Ibnou Mounir  
et Auvergne 1er Etage N° 1 - Casablanca  
Tél.: 05 22 25 64 70

Docteur Leila MEJDI

Spécialité des maladies du Poumon

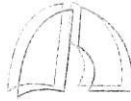
Diplômée de l'Université «Caen» France

Maladies Respiratoires - Asthme

Tuberculose - Allergies Respiratoires

Explorations Fonctionnelles Respiratoires

Branchoscopie - Radiographie



الدكتورة ليلى مجدي

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

حريج الكلية الطبية (كان) بفرنسا

أمراض الرئة - الضيقة - الحساسية

السل - فحص الوظيفة التنفسية

المنظير القصبي - الفحص بالأشعة

Casablanca le 23 04 2021

Dr. SAZNA CHOUKATI

facture pour radiographie  
pulmonaire de face  
(35e x 43e) # 309,00 DH

Docteur Leila MEJDI  
PNEUMOLOGUE  
Résidence ZARKA - Ibnou Mounir  
et Auvergne 1er Etage N° 1 - Casablanca  
Tél. : 05 22 25 64 70

عمارة الزرقاء - 117، زنقة ابن منير وزنقة دوقيرن  
الطابق الأول - رقم : 1 - المعاريف - الهاتف : 05 22 25 64 70 - الدار البيضاء

Résidence ZARKA - 117, Angle Rue Ibnou Mounir et Rue d'Auvergne  
1er étage - Ap. N° 1 - Maârif - Tél.: 05 22 25 64 70 - Casablanca