

## 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

N° W21-628904

71306

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5855 Société : RM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHOUKAILI Mohamed

Date de naissance : 16/07/53

Adresse :

Tél. : 06 61 60 70 66 Total des frais engagés : 650 Dh

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Leïla MEJDI  
PNEUMOPHTISIOLOGUE  
Résidence Zarka 117, Ibnou Mouhir  
et Auvergne 1er Etage N° 1 - Casablanca  
Tél. : 05 22 25 64 70

Date de consultation : 24/04/2021

Nom et prénom du malade : Mohamed Choukaili Age :

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

Nature de la maladie : Sclérose en plaques

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) :

VOLET ADHÉRENT

Auto-isation CNDP N° : A-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
24.04.21	C-2	5	9111997	

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	27/04/21	B-434118	650,00

### AUXILIAIRES MEDICAUX

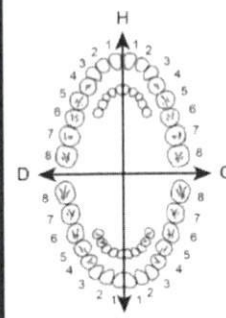
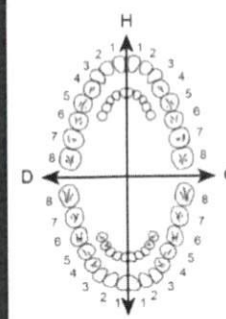
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>

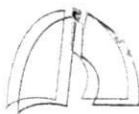
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Docteur Leila MEJDI

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



## الدكتورة ليلى مجدي

إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي ،  
خريج الكلية الطبية (كان) بفرنسا  
أمراض الرئة - الضيقة - الحساسية  
السل - فحص الوظيفة التنفسية  
التنظير القصبي - الفحص بالأشعة

Casablanca le : 24.04.2021

Dr Leila MEJDI  
PNEUMOPHYSIOLOGUE  
Résidence Zarka 117, Ibnou Mounir  
et Auvergne 1er étage - 1 - Casablanca  
Tél. : 05 22 25 64 70

Dr Leila CHOUKALI

PCR pour prélèvement  
mouchoir  
(recherche d'ARN Sars-Cov2)

Docteur Leila MEJDI  
PNEUMOPHYSIOLOGUE  
Résidence Zarka 117, Ibnou Mounir  
et Auvergne 1er étage - 1 - Casablanca  
Tél. : 05 22 25 64 70



عمارة الزرقاء - 117، زنقة ابن منير وزنقة دوفير  
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



FACTURE N° 2104273164  
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 01-05-2021

INPE : 093002574

Mme Salma CHOUKAILI

Demande N° 2104273164  
Date d'examen : 27/04/2021

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
PNAS	Prélèvement Nasopharyngé	E20	E
	Recherche de coronavirus covid-19 par PCR	B434.48	B

Total des B : 434.48

Arrêtée la présente facture à la somme de : ..... \* **650.00 DH** \*  
**six cent cinquante dirhams**





Dossier N°: **2104273164**  
Résultats de : **Mme Salma CHOUKAILI**  
Né(e) le : 20/03/1999 - 22 ans  
N° CIN : JK9290698

Date du prélèvement : 27-04-2021 15:24. ZK  
Edition du : 01-05-2021 à 13:05

Dr LEILA MEJDI

**Cher confrère,** nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

< Compte-rendu annule et remplace le rapport du 28/04/2021 >

## BIOLOGIE MOLECULAIRE

### Recherche du coronavirus SARS COV -2 ( Covid-19) par RT-PCR :

Nature de prélèvement:	Nasopharyngé
CNIE:	JK9290698
Résultats:	Recherche NEGATIVE : Absence de l'ARN SARS-Cov2

**NB : Un résultat négatif n'exclut pas la maladie, à confronter aux données cliniques et radiologiques.**

Validation biologique par : Le Dr M. BEZZARI Dr K. OUZZANI Le Dr M. JENANE



Dossier n° 2104273164 - Mme Salma CHOUKAILI

1 / 1

