

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° W21-784338

158858

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12904

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : JAMALEDDINE Leila

Date de naissance : 17/02/1986

Adresse : 19, Rue des pélicans Oasis Casablanca

Tél. : 0661171265

Total des frais engagés : 1045,3

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26/04/2023

Nom et prénom du malade : JAMALEDDINE Leila

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Affection respiratoire

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.

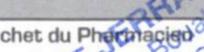
à : Casablanca

Le : 26/04/2023

Adhérent(e) :

Autorisation 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 |
| 26/01/2023 | Caricature | 5 | 300 | INP : Dr. Arabi NAC 5 Bis, Rue Moukoko Tel: 05 22 94 92 Pneumophisie |
| | radio | 212 | 200 | |
| | Felc... | | 500 | |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 26/04/2023 | 525.30 |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | |
|--|------|---------------------------------|---------------------------|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

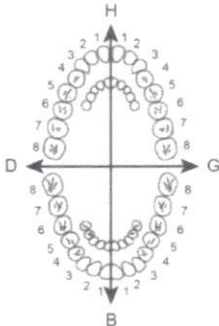
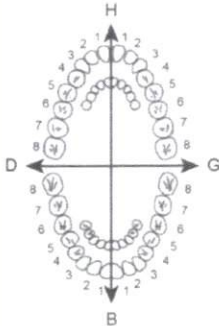
[illegible]

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 | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G </div> </div> <hr/> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div> | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Lot : 038
A utiliser de
préférence avant le : 04/2027
PPC : 84,50 DH

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophtisiologue

Vignette
FOSTER
100/6
mg/dose
6/100
مستعمل
PPV = 387DH00

73,80 DH
A consommer de
préférence avant fin : 01/2026
Lot n°
A utiliser de
préférence avant le : 04/2027
PPC : 84,50 DH

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophtisiologue

26/04/2023

Mademoiselle JAMALEDDINE Leila

387.00

FOSTER 100/6 poudre : 1 bouffée matin et soir x 1 mois

se rincer la bouche après chaque utilisation

AERIUS 5 mg - boîte de 15 comp : 1 comp le soir x 15 jours

HEPANAT : 1 comp laprès repas x 6 jours

ZETALAX / 1 suppo par jour

84,50

EFR/2ij.

PHARMACIE JERRADA
61, Bd Abderrahim Bouabid
Gasis - CASABLANCA
Tél.: 05.22.94.49 / 05.22.94.47

545.30

Dr. Arabi NACIRI
Pneumophtisiologue
5 Bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca
Tél.: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47

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

الدكتور ع. العربي

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophtisiologue



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

26/04/2023

M

Dr. Arabi Naciri

Honoraires verses

| | | | |
|----------|--------------------------------------|-------|----|
| Le | Consultation | 9 300 | DH |
| Le | Radiographie Pulmonaire Face | 4 300 | 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 96 minutes | | DH |

TOTAL : 500 DH

Dr. Arabi NACIRI
Pneumophtisiologue
5 Bis, Rue Ibnou Babik - Quartier Racine - Maârif - 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
Fibroscopie bronchique
Bronchoscopie rigide
Thoracoscopie

الدكتور محمد البراهيمي

Dr. Mohammed EL IBRAHIMI
Pneumophthysiologue

الدكتور ع. الناصري

Dr. Arabi NACIRI
Professeur agrégé
Pneumophthysiologue

26/04/2023

Mademoiselle JMALEDLINE Leila

COMPTE RENDU

Radiographie thoracique face

Indication : toux spasmodique - gêne respiratoire

- Silhouette cardio-médiastinale normale
- Culs de sac pleuraux sans anomalie
- Structure osseuse normale
- Aspect de péribronchite bilatérale

Conclusion : pas d'anomalies parenchymateuses évolutives.

Dr. Arabi NACIRI
Pneumophthysiologue
5 Bis, Rue Ibnou Babik - Casablanca
Tél.: 05 22 94 92 46 - 05 22 94 93 47