

# 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 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 tous les 6 mois.



## Declaration de Maladie

N° W19-576105

55543

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5855 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHOUKAILI M. Azzedine

Date de naissance : 16 07 1953

Adresse : 23 rue Acacias, Quartier Barcha, Marrakech

Tél : 06 61 62 70 66 Total des frais engagés : 300 + 703 = 903

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Date de consultation : 07 01 2021

Nom et prénom du malade : Dr CHOUKAILI Azzedine Age :

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

Nature de la maladie : Rhinopharyngite et Bronchite obstructive

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) : ACCUSE

## 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.

# 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 07.11.2021      | C2                |                       | A 300,00                        | INP 091111997  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

Docteur Le...  
PNEUMOLOGUE  
Résidence 20000...  
et Auvergne 15000... Casablanca  
Tél: 05 22 15 64 70

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
|  | 07/11/21 | 703,10                |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |
|  |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | 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.

|                              |   |   |  |  |                         |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |  |
|------------------------------|---|---|--|--|-------------------------|--|--|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|---|--|---|--|----------|----------|--|--|----------|----------|--|--|---|--|--|--|-------------------------|--|
|                              |   |   |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |  |
|                              |   |   |  |  | MONTANTS DES SOINS      |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |  |
|                              |   |   |  |  | DEBUT D'EXECUTION       |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |  |
|                              |   |   |  |  | FIN D'EXECUTION         |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |  |
|                              |   |   |  |  |                         |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |  |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b><br><table> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |   |  |  | H                       |  |  |  | 25533412 | 21433552 |  |  | 00000000 | 00000000 |  |  | D |  | G |  | 00000000 | 00000000 |  |  | 35533411 | 11433553 |  |  | B |  |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX |  |
| H                            |   |   |  |  |                         |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |  |
| 25533412                     | 21433552  |   |  |  |                         |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |  |
| 00000000                     | 00000000  |   |  |  |                         |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |  |
| D                            |   | G |  |  |                         |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |  |
| 00000000                     | 00000000  |   |  |  |                         |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |  |
| 35533411                     | 11433553  |   |  |  |                         |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |  |
| B                            |   |   |  |  |                         |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |  |
|                              | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession.  |   |  |  | MONTANTS DES SOINS      |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |  |
|                              |   |   |  |  | DATE DU DEVIS           |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |  |
|                              |   |   |  |  | DATE DE L'EXECUTION     |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |  |
|                              |   |   |  |  |                         |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |  |
|                              |   |   |  |  |                         |  |  |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |   |  |          |          |  |  |          |          |  |  |   |  |  |  |                         |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

# Docteur Leila MEJDI

Spécialité des maladies du Poumon

Université «Caen» France

NASONEX 50 µg/dose  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Facon de 120 doses  
P.P.V: 136,20 DH  
Distribué par MSD Maroc

Casablanca le, .....

## الدكتورة ليلى مجدي

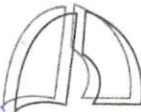
إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي

خريج الكلية الطبية (كان) بفرنسا

أمراض الرئة - الضيقة - الحساسية

السل - فحص الوظيفة التنفسية

التنظير القصبي - الفحص بالأشعة



02.01.2021

CHOUKAILI  
Azzedine

74,60

74,60

1) Series 5-g (1tt pour 03 min)

136,20 20 sup 8ir

2) Nasorex spray (1tt pour 03 min)

199,00 2 pulv dans chaque narine 1/1

3) Seretrab 250 Diskus (1tt pour 03 min)

45,30 2 disk 1tt 8ir

4) Ventolin spray  
2 B si gêne à l'effort

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 199,00 DH  
ID: 644223  
6 118001 141098

11 703,170

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 248,00 DH  
6 118001 141104

PPV 45,30 DH  
Aérosol 200 doses  
VENTOLIN 100 µg  
6 118001 141104

GlaxoSmithKline  
Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat

Dr Leila MEJDI  
Chirurgie Thoracique  
Zarka 17, Boulevard Moumin  
1er Etage Casablanca  
et Rue d'Auvergne

Age - Ap. N° 1 - Maârif - Tél.: 05 22 25 64 70 - Casablanca