

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.

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

M22- 0051448

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **CHERIF A. AZZI**
Date de naissance : **19/07/61**
Adresse : **134 Rue 7 Benghar**
Tél. : **0661188421** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin **Pr. Majida ZAHRAOUI**

Cachet du médecin : **Médecine Interne**
Pathologie infectieuse Hépatologie
Médecine Tropicale - Médecine du Sport
Maladies Sexuellement Transmissibles
Gériatrie - Rhumatologie - Phlébologie
86, Bd. Mily Idress 1er - CASABLANCA
Tél : 05 22 86 14 08 / 09
Date de consultation : **10/07/2023**
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **Diabète**
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : **DIABETE**
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) :

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
10/07/2023	C	1	5000,00	
24/07/2023	C	1	6000,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL JAOUI Dr. JAOUI Bouchr Rue 22 N° 36 Hay El Hana Casablanca Tél.: 0522 39 91 24	24/07/2023	1154,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

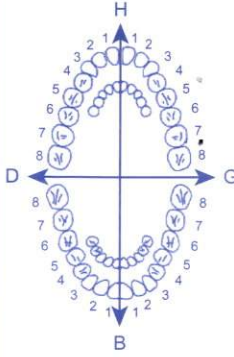
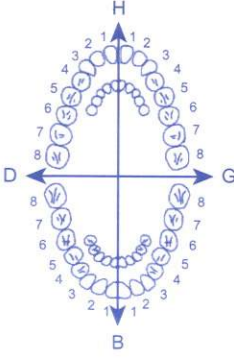
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
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
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
			MONTANTS DES SOINS														
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS														
		DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

r. Majida ZAHRA
 Médecine Interne
 Pathologie Infectieuse Hépatologie
 Médecine Tropicale - Médecine du Sport
 Maladies Sexuellement Transmissibles
 Gériatrie - Rhumatologie - Phlébologie
 80, Bd. Mly Idriss 1er - CASABLANCA
 Tél : 05 22.86.14.08 / 09

Respecter les doses prescrites
 إحترموا الجرعات الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I
 بوصفة طبية فقط - قائمة 1

Distribué par MSD Maroc
 P.P.V : 221,00 DH
 AMM 450/16DMP/21/NT0



24/07/2023

Mme CHERIF ALAMI Nadia

LOT : 22E007
 PER. 06 2025
 CORTANCYL 5MG
 CP SEC B30
 P.P.V : 22DH80
 6 118000 060345

LOT : 22E009
 PER. 06 2025
 CORTANCYL 5MG
 CP SEC B30
 P.P.V : 22DH80
 6 118000 060345

LOT : 22E007
 PER. 06 2025
 CORTANCYL 5MG
 CP SEC B30
 P.P.V : 22DH80
 6 118000 060345

LOT : 22E007
 PER. 06 2025
 CORTANCYL 5MG
 CP SEC B30
 P.P.V : 22DH80
 6 118000 060345

COXIA 60 1 BOITE
 comprimé par jour



221,00

MACIE EL JAOUI
 JAOUI Bouhra
 N° 36, Hay El Hana
 Casablanca
 0522 39 91 24

454,90

r. Majida ZAHRA
 Médecine Interne
 Pathologie Infectieuse Hépatologie
 Médecine Tropicale - Médecine du Sport
 Maladies Sexuellement Transmissibles
 Gériatrie - Rhumatologie - Phlébologie
 80, Bd. Mly Idriss 1er - CASABLANCA
 Tél : 05 22.86.14.08 / 09

[Signature]

45,80

45,80

118000 060345

118000 060345

Pr. MAJIDA ZAHRAOUI

SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE
EX ASSISTANTE A TITRE ETRANGER
DU COLLEGE DE MEDECINE DES HOPITAUX
DE PARIS

MALADIES DE SYSTEME - MALADIES RHUMATISMALES
GERIATRIE

HEPATOLOGIE - ENDOSCOPIE DIGESTIVE
PATHOLOGIES INFECTIEUSES

DIPLOME D'IMMUNOPATHOLOGIE

NUTRITION ET TRAITEMENT DE L'OBESITE

MEDECINE DU SPORT



www.zahraouimajida.com

الدكتورة مجيدة الزهراوي

أستاذة أخصائية في الطب الباطني
في كلية الطب بمستشفى باريس
مساعدة سابقة بالخارج

الأمراض الجهازية - الأمراض الروماتيزمية
أمراض الشيخوخة
أمراض الكبد - المنظار الباطني
الأمراض المعدية

دبلوم في طب المناعة من معهد باستور بباريس
طب التغذية وعلاج السمّة - الطب الرياضي

Casablanca, le 24/07/2023 في الدار البيضاء،



Mme **CHERIF ALAMI Nadia**

PHARMACIE EL JAOU
Dr. JAOUI Bouchra
Rue 22 N° 30 Hay El Hana
Casablanca
Tel.: 0522 39 91 24

51,10
45,80 x 2
51,60
91,70
(29,80 x 4)
PLAQUENIL 200

1 comprimé 2 fois par jour

CORTANCYL 20 ET 5

40 mgs par jour pdt 7 jours puis 30 mgs par jour pdt 5 jours puis 20
mgs par jour pdt 5 jours puis 10 mgs par jour pdt 15 jours puis 7,5
mgs par jour pdt 2 mois

CALCIFIX D3

1 comprimé par jour

POTASSIUM

1 cuillère à café 2 fois par jour pdt 02 mois

TRAITEMENT POUR UNE DURÉE DE : 3 MOIS

Pr. MAJIDA ZAHRAOUI
Médecine Interne
Médecine Hépatologie
Pathologie Infectieuse
Médecine du Sport
Maladies Transmissibles
Généraliste
Hépatologie - Phlébologie
CASABLANCA
05 22 86 14 09

LOT : 21E002V
PER: 08 2024

PLAQUENIL 200MG
CP PEL B3C

P.P.V.: 51DH10



Résidence El Jawahir 86, Bd. Moulay Idriss 1^{er}, Casablanca
N° Vert : 07 62 988 987 - Tél.: 0522 86 14 08/09/10522 86 14 08/09/11
Fax : 05 22 86 14 09 - E-mail : zahraouimajida@gmail.com

إقامة الجواهر 86، شارع مولاي إدريس الأول، الدار البيضاء
الرقم الأخضر : 07 62 988 987 - الهاتف : 05 22 86 14 08/09/11
الفاكس : 05 22 86 14 09 - البريد الإلكتروني :