

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- N° 004956

ND 117802

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 00450 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : ZEGGARI Mohamed
 Date de naissance : 01-01-1942
 Adresse : 119, HAY AL Wahda, EL AKIA 20830 Mohammedia
 Maroc
 Tél. : 06 33266200 Total des frais engagés : 382,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 25/5/2022
 Nom et prénom du malade : Mme ZEGGARI Lakma 01-11-1945
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Souff. Marillière chronique
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Non
 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 : Mohammedia Le : 25/5/2022
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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



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
25/05	CS	1	250	
20/05				
25/05	Centre Catho			
20/22				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	25/5/22	132,00

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 :

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

Dr Nadia M'JAHAD

Spécialiste en ORL

et chirurgie cervico-faciale

Diplôme en Vertiges et rééducation
vestibulaire, Paris-France

- Pathologie orl et chirurgie cervico-faciale
- Explorations endoscopiques,
audiologiques, vestibulaire
- Ronflement, céphalées, Allergie ORL.



Enfants et Adultes
الكبار و الصغار

د. نادية أمجاهد

اختصاصية في طب الأنف والأذن
والحنجرة، جراحة الوجه والعنق
حاصلة على دبلوم الدوخة وترويض
الدوار بباريس فرنسا

- أمراض وجراحة الأنف والأذن
والحنجرة وجراحة الرأس والعنق
- الفحوصات بالمنظار، قياس السمع
- الدوخة، الشخير، الصداع والحساسية

Ordonnance

Mohammedia Le : 25/05/2020: المحمدية في

Nom et Prénom : ZEGHANT RAHMA

4980

Flouge 500

1 cp x 3

2450x3
gentamycin 120

S.V.

1 inj 1

1770

Elmucil

13200 1 BDB

x4

PCh 3 jours

Dr Nadia M'JAHAD
Spécialiste en ORL et chirurgie cervico-faciale
Boulevard de la Résistance N°512
El Ahia - MOHAMMEDIA
Tél. : 05 23 30 20 59 / 06 61 44 95 57

Dr Nadia M'JAHAD
Spécialiste en ORL et chirurgie cervico-faciale
Boulevard de la Résistance N°512
El Ahia - MOHAMMEDIA
Tél. : 05 23 30 20 59 / 06 61 44 95 57

Signature

Appartement N°2, Premier Etage, Résidence Jamila N°512
Lotissement El Wahda Boulevard de la Résistance Mohammedia

☎ 05 23 30 20 59 ☎ 06 61 44 95 57 ✉ dr.mjahad.nadia@gmail.com 091261818



LOT: 21E024
PER: 08/2028

FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V: 49DH80



LOT: 22E001
PER: 12/2024

ELUDRIL
SOLUTION 90 ML
P.P.V: 17DH70



LOT 231 EXP 05/23
PPV 21DH50

LOT 231 EXP 05/23
PPV 21DH50

LOT 231 EXP 05/23
PPV 21DH50