

## 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° W21-708830

131793

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3567 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RHOUFAHA NIOURAHINE

Date de naissance : 01/01/1957

Adresse : IMM 77 APP 3 Rue 2 ATTAKADDUM

EL LOULEFA CASA

Tél : 0674732292 Total des frais engagés : 1030,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/08/2022

Nom et prénom du malade : Dr. Houfah NIOURAHINE Age : 65 ans

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

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

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 : CASA Le : 27/08/2022

Signature de l'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
			200000	INP : 09/12/06

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
09/08/02	121,40	
09/08/02	609,30	
	730,70	

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	

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 traitements canalaires, 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 <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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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. ZOUGAGHI Sinane**

**Chirurgien Urologue**

- Lauréat de la faculté de médecine et de pharmacie  
de Rabat

- Ancien médecin au CHU Avicenne - Rabat

- Ancien interne des hôpitaux de Paris - France



**الدكتور الزوگاجي سنان**

**أخصائي في أمراض وجراحة الكلي**

**و المسالك البولية والأعضاء التناسلية**

- خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط

- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

- طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس - فرنسا

le 09/08 2022

Dr. Mohamed Mouloud

12140

Urologie 10/10/2022

15

LOT 211325  
EXP 05/2023  
PPV 121.40 DH

**PHARMACIE SARANAZ**  
S.A.R.L. A-U  
140 Lot Smiral Fa Lissasfa  
Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

**Dr. ZOUGAGHI SINANE**  
Chirurgien Urologue  
193, Bd. Oum Rabii Apt. n° 14 Oulfa  
Casablanca  
Tél: 05 22 89 00 98 GSM: 06 62 71 04 01

193, Bd. Oum Rabii Apt. n° 14 - Oulfa - Casablanca.

193. شارع أم الربيع شقة رقم 14 الولفة - الدار البيضاء

☎ Fixe : 05 22 89 00 98 ☐ Urgence : 06 62 71 04 01 ✉ E-mail: sinane27@gmail.com



Dr. ZOUGAGHI Sinane

Chirurgien Urologue

-Lauréat de la faculté de médecine et de pharmacie  
de Rabat

- Ancien médecin du CHU Avicenne - Rabat

- Ancien interne des hôpitaux de Paris - France



الدكتور الزوگاجي سنان

أخصائي في أمراض وجراحة الكلي  
والمسالك البولية والأعضاء التناسلية

- خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

- طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس - فرنسا

le 09/08/2022

PHARMACIE SARANAZ  
S.A.R.L. A.U.

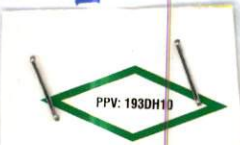
140 Lot Smiral ta Lissasfa  
Casablanca

Tél/Fax : 05 22 65 20 07

Dr. Zouaghi Sinane  
Chirurgien Urologue  
193, Bd. Oum Rabii Appt. n° 14 Oulfa  
Casablanca  
Tél: 05 22 89 00 98 GSM: 06 62 71 04 01



3x1000  
Doutyflo 100 mg 1000  
pot 6 main



1 193 00 00 00  
1 193 00 00 00



30,00  
Doltraum 1000 mg 1000  
pot 1000

609,30  
+ 1211,40  
739,70

PHARMACIE SARANAZ  
S.A.R.L. A.U.  
140 Lot Smiral ta Lissasfa  
Casablanca  
Tél/Fax : 05 22 65 20 07

Dr. ZOUGAGHI Sinane  
Chirurgien Urologue  
193, Bd. Oum Rabii Appt. n° 14 Oulfa  
Casablanca  
Tél: 05 22 89 00 98 GSM: 06 62 71 04 01

193, Bd. Oum Rabii Appt. n° 14 - Oulfa - Casablanca.

193. شارع أم الربيع شقة رقم 14 الولفة - أدار البيضاء

☎ Fixe : 05 22 89 00 98 ☐ Urgence : 06 62 71 04 01 ✉ E-mail: sinane27@gmail.com