

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 canalaire, 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 canalaire.

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 Ajjal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Ajjal 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° W19-443485

149504

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12967 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSLIKI SAAD

Date de naissance : 08/10/1987

Adresse : Quatier ALMAZ, A nba 2, FF32
Casablanca

Tél. : 0666 123 145 Total des frais engagés : 950 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Sara MJAHER NAJID
DERMATOLOGUE VÉNÉROLOGUE
Médecine Esthétique et Lasers
18, Lot Saad El Khair 24 Hay Hassani
Oulfa - Casablanca
Tél: 0522 91 08 97

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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
03/08/23	CS		260 HTS	INP: 091786932
07/08/23	Prothèse Endop.		700 HTS	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

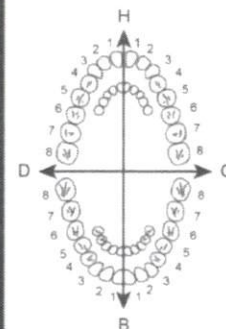
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

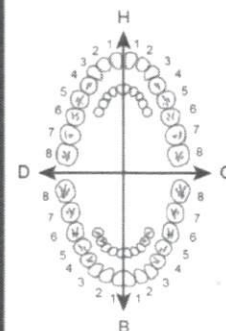
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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'EXECUTION

Dr Sara MJAHEH NAJID

Dermatologue Vénérologue

- Médecin spécialiste en Maladie et chirurgie de peau, cheveux et ongles
- Maladie sexuellement transmissible
- Médecine esthétique et anti-âge



abinet

ermatologie

sthétique

الدكتورة سارة امجاهد نجيد

الأمراض الجلدية و التناسلية

- طبية اختصاصية في أمراض و جراحة الجلد،

الشعر و الأظافر

- الأمراض المنقولة جنسيا

- طب التجميل

Housni Saad

03/02/2025

81

Cicaplast Baume BS - 24

Sopra

Dr. Sara MJAHEH NAJID
DERMATOLOGUE VÉNÉROLOGUE
Médecine Esthétique et Anti-âge
18, Lot Sâad El Khair 24 H.H Hay Hassani Oulfa - Casablanca
Tél: 0522 91 08 97 / 0680 61 83 60

العنوان 18، تجزئة سعد الخير 24 H.H الحي الحسني الآلة الدار البيضاء (الطابق 2 فوق مختبر التحليلات بيولوج)
Adresse : 18, Lot Sâad El Khair 24 H.H Hay Hassani Oulfa Casablanca (2ème Etage au dessus du labo biolog)

Tél : 05 22 91 08 97 - Gsm : 06 80 61 83 60

E-mail : dr.sara.mjahed@gmail.com

Dr Sara MJAHEJ NAJID

Dermatologue Vénérologue

- Médecin spécialiste en Maladie et chirurgie de peau, cheveux et ongles
- Maladie sexuellement transmissible
- Médecine esthétique et anti-âge



abinet

ermatologie

sthétique

الدكتورة سارة امجاهد نجيد

الأمراض الجلدية و التناسلية

- طبيببة اختصاصية في أمراض و جراحة الجلد،

الشعر و الأظافر

- الأمراض المنقولة جنسيا

- طب التجميل

07/22/2023

Mousli Saad

Je soussignée que le patient

Mousli Saad a déposé d'une

diagnose - Exérèse d'un Hémangiome

pendulum Contact factuel 2023
(sept cent dix-huit)

العنوان 18، تجزئة سعد الخير 24 H.H الحي الحسني الألف الدار البيضاء (الطابق 2 فوق مختبر التحليلات بيولوج)
Adresse : 18, Lot Sâad El Khair 24 H.H Hay Hassani Oulfa Casablanca (2 ème Etage au dessus du labo biolog)

Tél : 05 22 91 08 97 - Gsm : 06 80 61 83 60

E-mail : dr.sara.mjahed@gmail.com

Dr Sara MJAHER NAJID

Dermatologue Vénérologue

- Médecin spécialiste en maladie et chirurgie de peau, cheveux et ongles
- Maladie sexuellement transmissible
- Médecine esthétique et anti-âge



abinet

dermatologie

esthétique

الدكتورة سارة أمجاد نجيد

الأمراض الجلدية والتناسلية

• طبيبة اختصاصية في أمراض وجراحة الجلد

الشعر والأظافر

• الأمراض المنقولة جنسيا

• طب التجميل

Housni Saad

07/02/2023

Patent à l'usage d'une

Propriété - Editeur d'un Album

pendulum. Acte réalisé le

07/02/2023

العنوان 18، تجزئة سعد الخير 24 H.H الحي الحسني الأمانة الدار البيضاء (الطابق 2 فوق مختبر التحليلات بيولوج)

Adresse: 18, Lot Sâad El Khair 24 HH Hay Hassani Oulfa Casablanca (2^{ème} Etage au dessus du labo biologi)

Tél: 05 22 91 08 97 - Gsm: 06 80 61 83 60

E-mail: dr.sara.mjahed@gmail.com

Dr AZZOUZI SOUFIA

Médecin Anatomopathologiste
Ancien Professeur de l'Enseignement
Supérieur du CHU de Casablanca
D.U Dermatopathologie Université Paris XII



CABINET DE PATHOLOGIE OUM RABII

عيادة تشريح الخلايا والأنسجة أم الربيع

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient :

Âge : Sexe :

Date de prélèvement :

Renseignement cliniques et paracliniques :

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure : ☐ Oui ☐ Non Réf :

FCV : ☐ Vagin ☐ Exocol ☐ Endocol

Date des dernières règles : Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Signature & Cachet