

# 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

- Reclamation : 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

M23-003816

172651

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2300 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BAZAL MOHAMMED  
 Date de naissance : 01/05/57  
 Adresse : HAY OUDJ GAZENAH  
 N° 14 BEN YOUSSEF CASA  
 Tél. : 0661517847 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

**Pr. Majida ZAHRAOUI**  
 Médecine Interne  
 Pathologie Infectieuse Hépatologie  
 Médecine Tropicale - Médecine du Sport  
 Maladies Sexuellement Transmissibles  
 Gériatrie - Rhumatologie - Phlébologie  
 86, Bd. Mly Idriss 1er - CASABLANCA  
 Tél: 05 22.89.14.08 / 09

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 03/07/2019  
 Nom et prénom du malade : M. BAZAL Mohamed  
 Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
 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) : BAZAL Mohamed

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
03/03/23	S	1	509,00 Dh.	Pr. Majida ZAHRAOUI
17/07/23	S	2	6.000 Dh.	Pr. Majida ZAHRAOUI

Médecine Interne  
 Pathologie Infectieuse Hépatologie  
 Médecine Tropicale - Médecine du Sport  
 Maladies Sexuellement Transmissibles  
 Gériatrie - Rhumatologie - Phlébologie  
 86, Bd. Mly Idriss 1er - CASABLANCA  
 Tél : 05 22 88 14 08 / 09

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	17 07 23.	983,46 Dh.

## 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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 G 00000000 35533411 11433553 B	Coefficient DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) 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'EXECUTION

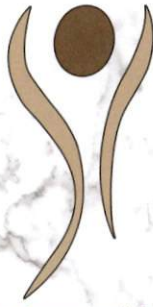
# Pr. MAJIDA ZAHRAOUI

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'OBSITE  
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 السممة - الطب الرياضي

Casablanca, le 17/07/2023 في الدار البيضاء،

### Mr BATAL Mohammed

9400  
6500x7  
4600x9  
SUPRADYN BOOST

1 comprimé par jour le matin

STIMOL

1 ampoule 2 fois par jour

680 x3  
LEVOTHYROX 25

1 comprimé par jour le matin

PHARMACIE AL HAMMAMI  
Imm. G3G M2 Cité Al Boustane  
Al Qc Js Sidi Bernoussi  
Casablanca - Tél : 0522 73 03 71

TRAITEMENT POUR UNE DURÉE DE : 3 MOIS

983.40

Signature of Pr. Majida Zahraoui

Pr. MAJIDA ZAHRAOUI  
Médecine Interne  
Pathologie Infectieuse Hépatologie  
Médecine Tropicale - Médecine du Sport  
Maladies Sexuellement Transmissibles  
Médecine d'urgence - Phlébologie  
Pathologie Infectieuse Hépatologie  
Médecine Tropicale - Médecine du Sport  
Maladies Sexuellement Transmissibles  
Gériatrie - Rhumatologie - Phlébologie  
86, Bd. Mly Idriss 1er - CASABLANCA  
Tél : 05 22 86 14 08 / 09

Résidence El Jawahir 86, Bd. Moulay Idriss 1<sup>er</sup>, Casablanca

N° Vert : 07 62 988 987 - Tél.: 0522 86 14 08/09/11 0522 86 14 08/09/11 : الهاتف : 07 62 988 987

Fax : 05 22 86 14 09 - E-mail : zahraouimajida@gmail.com

إقامة الجواهر 86، شارع مولاي إدريس الأول، الدار البيضاء

الفاكس : 05 22 86 14 09 - البريد الإلكتروني : v:

PPC: 94,00DH  
LOT: CB04288  
EXP: 03/2025

PPC: 65,00DH  
LOT: CB05141/1  
EXP: 08/2025

PPC: 65,00DH  
LOT: CB05141/1  
EXP: 08/2025

PPC: 65,00DH  
LOT: CB05141/1  
EXP: 08/2025

PPC: 65,00DH  
LOT: CB05141/1  
EXP: 08/2025

PPC: 65,00DH  
LOT: CB05141/1  
EXP: 08/2025

PPC: 65,00DH  
LOT: CB05141/1  
EXP: 08/2025

PPV  
⑦

6"118001"102006"

Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6"118001"102006"  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

6"118001"102006"  
Levothyrox® 25 µg,  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

LOT: 0447  
PER: 05 2026  
PPV: 46.00DH

LOT: 0447  
PER: 05 2026  
PPV: 46.00DH

LOT: 0447  
PER: 05 2026  
PPV: 46.00DH

LOT: 0447  
PER: 05 2026  
PPV: 46.00DH

LOT: 0447  
PER: 05 2026  
PPV: 46.00DH

LOT: 0447  
PER: 05 2026  
PPV: 46.00DH

LOT: 0447  
PER: 05 2026  
PPV: 46.00DH

LOT: 05 2026  
PPV: 46.00DH

LOT: 0447  
PER: 05 2026  
PPV: 46.00DH