

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

- 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

N° W21-822926

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11457 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL DJIRI A ZI
 Date de naissance : 01/01/1970
 Adresse :
 Tél. : 0664791442 Total des frais engagés : 964,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. ZOUGAGHI SINANE
 Date de consultation : 23/11/2023
 Nom et prénom du malade : EL DJIRI A ZI Age :
 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 : Casablanca Le : 23/11/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOIE ADHÉRENT

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
		300	300	INP : 091240621 Dr. ZOUGACH/SINANE Chirurgien Dentiste 195, Ed. Com. St. n° 14 Quila Tél: 0522 88 71 14 01
		300	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien	Date	Montant de la Facture
	23/11	364,20
	2023	

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 traitement canaux, 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>			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																	
	(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. 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 الزوفاغي 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

428/4/2003

LOT 231239

EXP 03/2025

PPV 121.40DH

121.40

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



Urologie 193, Bd. Oum Rabii Appt. n° 14 Oulfa

LOT 231239

EXP 03/2025

PPV 121.40DH

36420



36420

LOT 231239

EXP 03/2025

PPV 121.40DH

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

193, Bd. Oum Rabii Appt. 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 au CHU Avicenne - Rabat

- Ancien interne des hôpitaux de Paris - France



الدكتور الزوگاحي سنان

**أخصائي في أمراض وجراحة الكلى
والمسالك البولية والأعضاء التناسلية**

- خريج كلية الطب و الصيدلة بالرباط

- طبيب سابق بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

- طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس - فرنسا

le 23/11/2023

~~Dr. El Oum Rabii~~

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

- Regu pour

* Consultation : 200 M

* Echographie : 200 M

Dohl : 600 M

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 تقاطع رقم 14 المولفة - الدار البيضاء.

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

623/14 pbd3

Dr. El Ghannouchi

Dr. ZOUGACHI SINANE
Chirurgien Urologue
193, Bd. Oum Rabi Appt. n° 14 Oulfa
Casablanca.
Tél.: 05 22 69 00 93 GSM: 06 62 71 14 01

Endoprothèse Rénale - Kénco - Prostapex - RDN

Dr. ZOUGACHI SINANE
Chirurgien Urologue
193, Bd. Oum Rabi Appt. n° 14 Oulfa
Casablanca.
Tél.: 05 22 69 00 93 GSM: 06 62 71 14 01

- Rénal R: Bonne diffusion Rénale - Résultat:

Sans douleur R.

- Rénal G: Bonne diffusion Rénale - Résultat:

Sans douleur R.

- Rénal: En Rénal Rénale Sans Anesthésie

- Prostapex: 41g RDN nul.

Conclusion: Hypertension Prostapex Sans Anesthésie

Dr. ZOUGACHI SINANE
Chirurgien Urologue
193, Bd. Oum Rabi Appt. n° 14 Oulfa
Casablanca.
Tél.: 05 22 69 00 93 GSM: 06 62 71 14 01

