

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

W21-836882

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10300

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : RIDAOUI RACHID

Date de naissance :

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0666274783

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. NAZIHA NAZIH
Pneumo Allergologue
Enfants - Adultes
8, Bd. Khouribga, N° 7 Derb Omar
Casablanca - Tél.: 05 22 44 05 16

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent :

Le :

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
16 JAN. 2024	C3	350		

INPE: 091115485

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	16-01-2024	551,20

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
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																									
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES					COEFFICIENT DES TRAVAUX																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> </tr> </tbody> </table>					DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	25533412	D	00000000	G	00000000	B	35533411											
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																									
H	25533412																								
D	00000000																								
G	00000000																								
B	35533411																								
<table border="1"> <thead> <tr> <th>(Création, remont, adjonction)</th> <th>Montant des Honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		
(Création, remont, adjonction)	Montant des Honoraires																								
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS					VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

Dr. NAZHA NAZIH CHAJADINE

Diplômée des universités de Paris

- Spécialiste des maladies de l'appareil respiratoire ADULTES et ENFANTS.
- ALLERGOLOGUE.
- Spécialiste des maladies du sommeil et du ronflement.
- Spécialiste de l'handicap respiratoire.
- Spécialiste des techniques en pneumologie :
 - Exploration fonctionnelle respiratoire.
 - Endoscopie Bronchique.
 - Thoracoscopie.
- Spécialiste en sevrage tabagique

الدكتورة نزيهة نزيه شجاعدين

خريجة كلية الطب بباريس

- إختصاصية في أمراض الجهاز التنفسي صغار و كبار
- إختصاصية في أمراض الحساسية
- إختصاصية في اضطرابات النوم و الشخير
- إختصاصية في الإعاقة التنفسية المزمنة
- إختصاصية في الفحوصات التقنية للجهاز التنفسي :
 - فحص الوظيفة التنفسية
 - الكشف بالمنظار
- إختصاصية في الإقلاع عن التدخين



Casablanca, le : 16 JAN. 2024 : الدار البيضاء في :

PPU 40DH09
EXP 07/2026
LOT 35002 3

PPU 40DH09
EXP 07/2026
LOT 35002 5

LOT: 5716
PER: 07/26
PPV: 82DH10

Guirane Omar

Btfl meal 20 (2k)

40,00 x 2 =
80,00

3 q matin apr 20 x 5
ps 2 ep matin u 2 x 5

Budol 20 (1B1h) 82,10

BUTAMYL®
Salbutamol
Flacon de 150 ml
P.P.V. : 21.40 DH
6 118000 190189

1 gel a' jeun x 10

Bubamyl 20 x 10 21,40

PPU 93DH00 LOT 33016 3
EXP 08/2025

1 cm 3 fois u x 10

deiramosse 1 g (1h) 24,12

1 sachet 2 g x 10 2 x 93 = 186,00

PPU 93DH00 LOT 33016 3
EXP 08/2025

ساحة النصر، 8 شارع خريكة - الطابق الثاني رقم 7 - درب عمر - الدار البيضاء -
khouribga - 2ème étage n° 7 - Derb Omar - Casablanca - Tél : 05 22 44 05 16

Ribopolis comp



99,50

A consommer
de préférence avant le: 03/2026
PPC: 99,50 DH

1 c/s 3/4 a la
Mucidin sup A



31,50

AMM: 218 DMP/21/NRQ
LOT: 23148 PER: 07/2026
PPV: 31,50 DH

1 c/s 3/4

Toplexil sup



15,70

LOT: 23047
PER: 09/2025
TOPLEXIL
SIROP FL 150 ML
P.P.V.: 15DH70

1 c/s us 19H

1 c/s au coucher

selon
l'ordonne.

Algautal 200 cp



19,20

PPV 19DH70
EXP 02/2026
LOT 32002 2

1 cp 3/4 x 4-8

Vitac 1000



15,30

Vita C1000®

PPV 15DH30
EXP 05/2026
LOT 34031 15

24 multiv

T = 551,20



DR. NAZHA NAZIH
Pneumo Allergologue
Enfants - Adultes
8, Bd. Khouribg N° 7 Derb Omar
Casablanca - Tél.: 05 22 44 05 86