

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0056583

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7633 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ZGHAINIDA HABIB  
 Date de naissance : 02/10/1955  
 Adresse : 126, lot 12 Moustaqbal Sidi Maarouf.  
 Tél. : 0666163698 Total des frais engagés : 743,40 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17/AVR 2024  
 Nom et prénom du malade : ZGHAINIDA HABIB Age :  
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : MTA

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 17/04/2024  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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



# 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
17 AVR 2024		C	150 dh	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE LA DÉCOUVERTE SARL AU Lot. N° 7 Route 1047, Sidi Maarouf - Casablanca 10522 97 574	17/04/2024	98,90 x 6 = 593,40

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

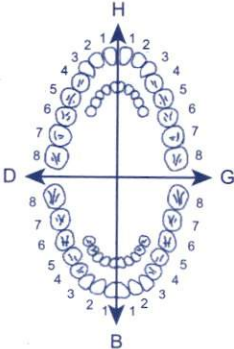
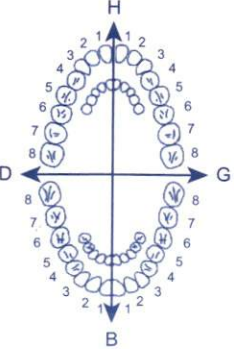
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				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 CCOEFFICIENT 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																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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. Hamid NAJIMI**



**الدكتور حميد نجمي**

Lauréat de Faculté de Médecine de Casablanca  
Omnipraticien  
Diplôme en Médecine de Sport (Mennes)  
Diplôme de Diabetologie (Paris)  
Ex Medecin Chef du Centre de Santé ALMOSTAKBAL  
Suivi des maladies chroniques, des grossesses et des enfants  
Ecographie générale

خريج كلية الطب بالدار البيضاء  
طبيب شمولي  
اختصاصي طب رياضي (رين)  
دبلوم جامعي في علاج داء السكري (باريس)  
طبيب رئيسي للمركز الصحي المستقبل سابقا  
تتبع الامراض المزمنة و مراحل الحمل والاطفال  
الفحص بالصدى

Casablanca, le

الدار البيضاء في

17 AVR 2024  
ORDONNANCE

EGHAIDIA - HABIB

(S.V)

AMLOD

(N6)

14p4

Tel 0520 68 16 98 - GSM 0660 50 50 35  
Omnipraticien - Echographie - Diabetologie  
Medecine de sport  
DR. HAMID NAJIMI  
17 AVR 2024

Signe :

16, تجزئة المستقبل مجموعة 12 شقة 3 - سيدي معروف - الدار البيضاء  
16, Lotissement Moustakbal, GH12, Appt 3 - Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél. : 0520 68 16 98 - GSM : 0660 50 50 35

989076  
593400  
PHARMACIE DE LA DECOUVERTE SARAO  
Lot. Al Moustakbal, Lot. 17  
Route 1029, Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél. : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 51 56



UT.AV : 02 26

P.P.V. :

LOT N° : HA 7797

98 90

98,90

UT.AV : 02 26

P.P.V. :

LOT N° : HA 7797

98 90

98,90

UT.AV : 08 26

P.P.V. :

LOT N° : HL 0826

98 90

UT.AV : 08 26

P.P.V. :

LOT N° : HL 0826

98 90

UT.AV : 02 26

P.P.V. :

LOT N° : HA 7797

98 90

98,90

UT.AV : 08 26

P.P.V. :

LOT N° : HL 0826

98 90

98,90