

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

- 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 - 5ème 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

M22- 0027903

138356

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7743 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : CHRAÏBI SAAD
 Date de naissance : 22/7/1949
 Adresse : Résidence OCEAN PALM SUD 8 APP 3
 DAP BOUAZZA CASABLANCE
 Tél. : 0661 10484 Total des frais engagés : 365,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Sara LOUDGHIRI
 Médecin Spécialiste en
 Hépatogastroentérologie
 Angle rue Rais Marsil, et Omar Slaoui
 Imm N°7, Appt 14, Kébibate - Rabat
 Tél : 05 37 69 69 24
 WhatsApp : 06 61 99 63 34
 Cachet du médecin :
 Date de consultation : 9/11/2022
 Nom et prénom du malade : CHRAÏBI SAAD Age : 72
 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 : CASABLANCE

Le : 9/11/22

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

61,00

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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

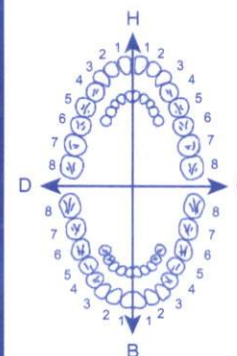
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE

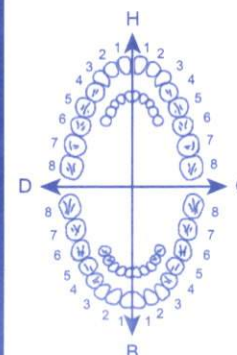
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Sara LOUDGHIRI

Médecin spécialiste des maladies
de l'appareil digestif et du foie

Échographie abdominale
Fibroscopie - Coloscopie
Proctologie



د. سارة اللودغيري

طبيبة أخصائية في أمراض
الجهاز الهضمي والكبد

الفحص بالصدى
المنظار الداخلي
أمراض الشرج والبواسير

Rabat, le **09/11/2022**



101181550

Mr CHRAIBI SAAD Né (e) le **22/07/1949**

ORDONNANCE

- 1 Eviter les aliments crus, le lait non pasteurisé, les glaces et les glaçons.
- 2 Laver les fruits et légumes 15 minutes dans de l'eau + vinaigre.
- 3 Traiter l'eau par l'ébullition.
- 4 Couper les ongles à ras.

5. METROZAL 500

1 cp 3 fois par jour pendant 10 jours

$32,50 \times 2 = 65,00$

PHARMACIE OCEAN PALM
HARIT NAJWA
Docteur en Pharmacie
14 MAG n°1
Océan Palm GH3 Imm 14 - Dar Bouazza
Petite D'azemmour - Rabat
12 5 20 62 31 63 - INPE: 092103613



Dr. Sara LOUDGHIRI
Médecin Spécialiste en
Hépatogastro-entérologie
Angle rue Rais Marsil et Omar Slaoui
Imm N°7, Appt 14, Kébibate - Rabat
Tél : 05 37 69 69 24
WhatsApp : 06 61 99 63 34

زاوية زنقة عمر السلوي والرايس مرسيل، العمارة رقم 7، الشقة 14، القبيبات - الرباط

Angle rue Omar Slaoui - Rais Marsil, Imm N°7, Appt 14, Kébibate - Rabat

تلف : 05 37 69 69 24 : الهاتف

E-mail : dr.saraloudghiri@gmail.com