

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 - 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

M22- 0044785

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7433 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHRAÏBI RAJAA
Date de naissance : 25/02/1963
Adresse :
Tél. : 0661 170538 Total des frais engagés : 581,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. SOULDI Hajar
Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico-Faciale
INPE: 041 37386
Av. Stendhal 47. Med. Pol. Stendhal Etg 4
Bur 10: Maarif Casablanca
Tel: 05 22 25 20 89

Date de consultation : 08/05/2023
Nom et prénom du malade : Rajie Chraïbi 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 : CASABLANCA Le : / /

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
08-05-23			300,20	

Dr. SOULIMAJAR
 Spécialiste en ORL et Chirurgie Otorhinolaryngologique
 INPE: 041187388
 Av. Stendhal 47. Maarif - Casablanca
 Bur 10. Maarif - Casablanca
 Tél: 05 22 25 20 89

EXECUTION DES ORDONNANCES

PHARMACIE ASIA
 ou du Pharmacie
 Dr. MSIX LAMIA
 Résidence Andalous E 74
 N° 4, Cité Plateau - Casablanca
 Tél : 05 22 25 93 20
 Fax : 05 22 99 15 54
 I.C.E : 000702800000074
 INPE : 092086933 - IF : 40296141

Date	Montant de la Facture
08/05/2023	281,20

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
		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															
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT 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> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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. SOULDI Hajar

Spécialiste en ORL et Chirurgie
Cervico-Faciale

Lauréate de la faculté de Médecine de Casa
Ancienne interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca



- Surdité de l'Enfant et de l'Adulte - Acouphènes
- Pathologie de la voix
- Vertige et Troubles de l'Equilibre
- Ronflement - Allergologie
- Explorations et Chirurgie Endoscopiques
- Chirurgie des Amygdales et de la Thyroïde (Goitre)

Casablanca le,.....08/05/2023

Mme. Rajae Chraibi

Pr dni 20mg cp effervescent

3cp le matin à jeun

Risonel spray nasal

2 pulv ds chaque narine matin et soir

1 mois

Muxol sirop Adulte

1 cas x 3 / jr

Fitopolis Spray Oral Adulte

1 pulv x 3 / jr

PPV (DH) :

LOT N  :

UT. AV. :

32160

موكسول
Amir Kossoul

بدون سكر

LOT N  :

UT. AV. :

PPV (DH) :

05

N  du Lot

Date Per.

P.P.V: 119,10 DH

06 jo

FITOPOLIS
SPRAY GORGE



Lot n  :

A consommer de
préférence avant le :
PPC : 89,50

Dr. SOULDI Hajar
Spécialiste en ORL et Chirurgie Cervico - Faciale
INPE: 041187386
Stendhal 47. Medipol Stendhal Etg
Av Stendhal 47. Maarif. Casablanca
Bur 10. Maarif. Casablanca
Tel: 05 22 25 20 89

Avenue Stendhal 47. MEDIPOL STENDHAL. Etage 4. Bureau 10. Maarif. Casablanca

Tél.: 05 22 25 20 89

Urgence: 06 65 15 16 11

E-mail: hajarsouldi@gmail.com

10 years
Center

7/1/17

10/10/17

10/10/17