

## 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 canalaires, 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 canalaires.

### 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-517832

59624

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5743 Société : R A M

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : CHRAÏBI SAAD

Date de naissance : 22/2/1969

Adresse : 183 lot. Ain laatariss SKHIRA

Tél. : 0661 102484

Total des frais engagés : 243,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27/11/2021

Nom et prénom du malade : BOULTAHANE SAÏDA Age : 65

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : EPICOSTALGIE

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 : SKHIRA Le : 12/12/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p>طبيب عام</p> <p><b>PH. Salma</b></p> <p>Dr. N. EL Majdoubi</p> <p>Lot. A. n Laataris, N°69 - Skhirat</p> <p>Tél.: 05 37 74 22 57</p>	27/11/2021	243,40

<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>			
<b>Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue</b>	<b>Date</b>	<b>Désignation des Coefficients</b>	<b>Montant des Honoraires</b>

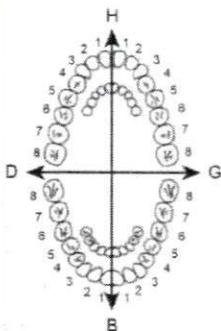
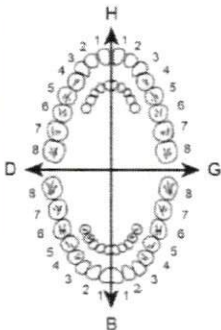
[illegible]

# 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"/>														
<b>O.D.F.</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
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. Sara LOUDGHIRI

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

Échographie abdominale

Fibroscopie - Coloscopie

Proctologie



سارة الودغيري

طبيبة أخصائية في أمراض  
الجهاز الهضمي والكبد  
الفحص بالصدى  
المناظار الداخلي  
أمراض الشرج والبواسير

Rabat, le 27/01/2021



101181550

Mme BOULAAMANE SAIDA Né (e) le 15/11/1955

201952  
08 2025  
46.00  
LOT  
EXP  
PPV

## ORDONNANCE

LOT : 201952  
PER: 08 2023  
SMECTA ORANGE VANILLE  
3G SACHET B30  
P.P.V : 52DH40  
118000 011460

LOT 201952  
EXP 08 2025  
PPV 46,00 46.00

52,40

### 1) SMECTA SACHETS

1/2 sachet 2 fois par jour x 20 jours

2x 46,00

### 2) DIGESTINE 40 MG LP

1 gel par jour le matin 15 min avant le repas x 20 jours

99,00

### 3) OEDES 20 MG

1 gel le matin 30 min avant le repas A LA DEMANDE

243,40

Dr. Sara LOUDGHIRI  
Médecin Spécialiste en  
Hépatogastro-Entérologie  
Angle rue Omar Slaoui - Omar Slaoui  
Imm N°7, Appt 14, Kébibate - Rabat  
Tél : 05 37 69 69 24 - 06 97 59 10 95

LOT 190819  
EXP 02/2022  
PPV 99.00DH

صيدالعية سلمى  
PH. Salma  
Dr. N. EL Majdoubi  
Lot. An Lattaris, N°69 - Skhirat  
Tél.: 05 37 74 22 57

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

Tél : 05 37 69 69 24 : الهاتف

E-mail : dr.saraloudghiri@gmail.com