

## 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  |
| ○ 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-702475

125576



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

### Maladie

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5828 Société :

### Actif

Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : OUKARET RAABIRA

Date de naissance : 5/11/1968

Adresse : 61 rue EL HOUZAMI EG62 App 6  
Belvédère Casablanca

Tél. : 0663492193 Total des frais engagés : Dhs

### Optique

### Autres

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin:

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 6/06/2022

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

RELEVE 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
				INP : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE DE L'AÉROPORT D'AMBIAT Mme LAMNABRIGE 72 Bis Bd Anatole France Tal 30120 Ambiat <i>[A large red circular stamp is overlaid on the address]</i>	06/06/22	106,00

**Cachet du Pharmacien  
ou du Fournisseur**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

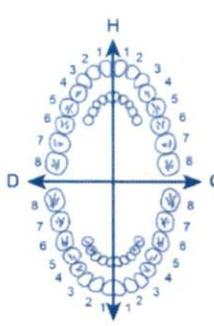
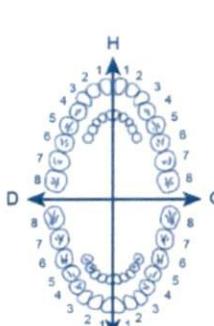
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

#### **RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]												
				MONTANTS DES SOINS [ ]												
				DEBUT D'EXECUTION [ ]												
				FIN D'EXECUTION [ ]												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]												
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS [ ]
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				DATE DU DEVIS [ ]												
				DATE DE L'EXECUTION [ ]												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																

**Dr. Souad CHRAIBI**

Diplômée de la

Faculté de Médecine de Nancy

Ancienne Attachée du CHU de Nancy

Spécialiste

en Gynécologie - Obstétrique

Diplômée en Stérilité du Couple (PMA & FIV)

Maladies des Seins - Echographie

Chirurgie Gynécologique

Cœlio - Chirurgie

Tél. : 05.22.23.23.26



**الدكتورة سعاد الشرايببي**

خريجة كلية الطب بنانسي

طبيبة ملحة سابقاً مستشفى نانسي

اختصاصية في أمراض النساء

و الولادة

عقم الزوجين - أمراض الثدي

الفحص بالصدى - الجراحة النسوية

الجراحة بالمنظار الداخلي

الهاتف : 05 22 23 23 26

Casablanca, le

6-06-808

الدار البيضاء في

Mme EL khiam.  
Roumia

صيدلانية مطار اتفا  
PHARMACIE DE L'AFROPORT D'ANFA  
Mme LAMNIA BRIGITTE  
72 Bis, B.P. Sidi M'derrahmane  
Tél: 39.06.92.00.00 • Casablanca



42,00

- Guéridon se mo  
100 cl de sou

64,00

- Canapé



106,00

Dr. Souad CHRAIBI  
Gynécologue Obstétricien  
Rés. Galaxie 1<sup>er</sup> étage  
Val Fleuri Maârif Casablanca  
Tél: 0522/23 23 26 / 05 23 11 95 66

إفادة GOLD الطابق الأول رقم 74 زاوية ملتقى شارعي سلطان دال ومومنظاري - المعرف - قاع فلوري - الدار البيضاء - الهاتف: 05.22.23.23.26 - المخواط: 06.23.11.95.66 - المستعجلات: 06.61.18.01.45

Rés. GOLD 1er Étage N° 74 Angle Av. Stendhal & rue Montaigne - Val Fleuri - Maârif - Casablanca - Tél.: 05 22 23 23 26 - GSM : 06 23 11 95 66 - Urgence : 06 61 18 01 45

E-mail : souad-chraibi@hotmail.fr البريد الإلكتروني:



# ORDONNANCE

Le 6.06.2022

Nom et Prénom :

Dr. Souad CHRAIBI  
Gynécologue Obstétricien  
Spécialiste  
Rés. Gold 74 Av. Stendhal  
Val Fleun Maârif - Casablanca  
Tél: 0522 23 23 26 / 06 23 11 95 66

Q<sup>110</sup>- el khiam  
Ranier  
facture

CS 250.000

Dr. Souad CHRAIBI  
Gynécologue Obstétricien  
Spécialiste  
Rés. Gold 74 Av. Stendhal  
Val Fleun Maârif - Casablanca  
Tél: 0522 23 23 26 / 06 23 11 95 66



Signature et cachet du méde