

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

N° W21-715856

157112

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01407 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : EL KETTANI Sidi Hamid
 Date de naissance : 19.04.1950
 Adresse : 98 RUE Mimozz Apt 23 HAY ARRABH
 Tél. : 0611220765 Total des frais engagés : 5000 Dhs

Cadre réservé au Médecin : KADIRI MOHAMMED

Cachet du médecin :

SPECIALISTE EN CHIRURGIE
TRAUMATOLOGIE-ORTHOPEDIE
Tél. : 7700 77 8

Date de consultation : 30.03.23 /
 Nom et prénom du malade : Naïma EL Hassaoui Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Genou arthrose
 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 : TAN 6 EL Le : 30/03/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
30.3.23	C.S.	1	600 dh	DR. RADIKI MOHAMMED SPECIALISTE EN CHIRURGIE TRAUMATOLOGIE-ORTHOPÉDIE Tél: 77 999 77 8

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Tel: 0539 9411 78 ICE: 001350524000024 INP: 162022057 Rue Allal Benabdellah - Tanger	30/3/23	124,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

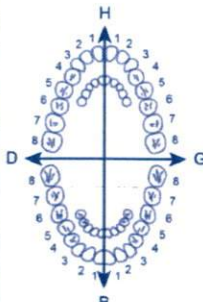
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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	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"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

(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 .KADIRI MOHAMMED

Chirurgien Traumatologue Orthopédiste

Ancien Chirurgien Traumatologue à

CHU Cheikh Zaid à Rabat - Hôpital Delafontaine à Paris

Hôpital Militaire à Rabat - CHU Avicenne à Rabat



الدكتور القادري محمد

أخصائي في أمراض جراحة العظام و المفاصل

مليبيب سابق بالمستشفى الجامعي الشيخ زايد بالرباط

و المستشفى الفرنسي Delafontaine بجوارس

المستشفى العسكري بالرباط و المستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط

- DIU de Médecine de Sport - Paris Descartes
- DIU de Chirurgie du Genou - Paris Créteil
- DIU de Chirurgie de l'Epaule et du Coude - Strasbourg
- DIU de Chirurgie de la Main - Strasbourg
- DU de Chirurgie Arthroscopique - Rabat
- DU d'Oncologie Osseuse - Rabat

دبلوم الجراحة الرياضية بالجامعات الفرنسية

دبلوم في جراحة الركبة بالجامعات الفرنسية

دبلوم في جراحة الكتف و المرفق بالجامعات الفرنسية

دبلوم في جراحة اليد بالجامعات الفرنسية

دبلوم في الجراحة بالمنظار - الرباط

دبلوم في أورام العظام - الرباط



Tanger le :30/03/2023

Mme EL HARAICHI NAIMA

1) EUCARBONE (1 Boite)

1 cp matin et soir

2) DIGESTINE (2 Boite)

1 gel le matin 20 min avant repas (1 BT)



Dr KADIRI Mohammed
Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Microchirurgie
31 Rue Allal Ben Abdellah Tanger
Gsm : 0777 888 778

Email : drmaohammedkadiri@gmail.com

Tél : 05 31 03 08 88 - Gsm : 07 77 88 87 78 - adresse : Chellah Medical Center - 31, Rue Allal ben Abdellah, 2^{ème} Etage N° 13 - Tanger

à des taux plasmatiques voisins de ceux obtenus après habituelle de 3 x 10 mg par jour de chlorhydrate administré repas du matin, du midi et du soir.

Indications.

Traitement symptomatique des :

- nausées et vomissements d'origines diverses et en particulier provoqués par les tuberculostatiques, les cytostatiques, la radiothérapie et l'anesthésie,
- pesanteur et ballonnement épigastrique suite à un ralentissement de l'évacuation gastrique,
- troubles digestifs psycho-somatiques,
- dyspepsie,
- spasmes du pylore,
- reflux oesophagien,
- hiccot.

LOT 222732 1
EXP 08 2027
PPV 46.00



à des taux plasmatiques voisins de ceux obtenus après habituelle de 3 x 10 mg par jour de chlorhydrate administré repas du matin, du midi et du soir.

Indications.

Traitement symptomatique des :

- nausées et vomissements d'origines diverses et en particulier provoqués par les tuberculostatiques, les cytostatiques, la radiothérapie et l'anesthésie,
- pesanteur et ballonnement épigastrique suite à un ralentissement de l'évacuation gastrique,
- troubles digestifs psycho-somatiques,
- dyspepsie,
- spasmes du pylore,
- reflux oesophagien,
- hiccot.

LOT 222732 1
EXP 08 2027
PPV 46.00



تأثير العلاج على القدرة على السباحة أو استعمال الذات

အရှင်မင်းသိန်း

سَوَاحِبُ ذَاتِ الْاَیْمَرِ مَعْرُوفٌ

يحتوي هذا الدواء على السكروز. لا ينصح باستخدام هذا الدواء عند المرضى الذين يعانون من عدم تحمل الفركتوز. مثلزقة سوء امتصاص الكليخوز والجلكتوز أو نقص في سوكريس/البرومالز (الأمراض الوراثية النادرة).

3. كيف يستعمل دواء أوكاريون ؟

تعليمات للاستخدام السليم

၂၆၇၀၀၆၃

الجرعة، طريقة، تردد أخذ الدواء ومدة العلاج :

الخزعة

البالغون والأطفال ابتداء من 12 سنة.

من 1 إلى 2 أقراص / اليوم أثناء أو بعد الوجبات للحصول على تأثير ملين خفيف وخفض الانتفاخ. لتأثير ملين أكثر قوة يمكن زيادة الجرعة المساء، إلى 3 أو 4 أقراص. الاختيار الرشيعا.

لتنظيف مكثف و التخلص الكلي من غازات الجهاز الهضمي (قبل الاختبارات الإشعاعية إلخ...) 6 إلى 8 أقراص في المساء قبل القيام بالاختبار.

على دعاء القولون المصلي:

2 إلى 3 أقراص مرتين إلى 3 مرات في اليوم، ينبغي تخفيض الجرعة عند تحسين الأعراض

المعاملات الخاصة بالمستأجر

Figure 10

اوراق السنّا، کبریت منقّی

هل ان "استغلا" هذا الغاء لـ

لغات المقامة في هذه السيرة 9

مِنْ جَدِيدٍ.

المصطفى بها أو العظيم بأحد آثار خاتمه

تَشْعُرُوا بِأَيِّ تَحْسِنٍ أَوْ إِذَا كُنْتُمْ تَشْعُرُونَ

EXP

EXP:

PPV:

- يَنْجِبُ : يَتَّصِفُ بِمَعْنَى : يَسْتَعْمَلُ
بِالسَّوَاءِ مِنْ بَعْدِ الِاسْتِعْمَالِ

சு.சு.சி.®

പ്രൊഫ. എസ്. എസ്. സി. സി.