

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

otique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

entaire :

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.



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 049620

66924
Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4304 Société : RATI

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SAJJAL M. H. H. H.

Date de naissance : 27/11/1959

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Oualae GUESSOUS KRAESS
Médecine Générale - Echographie
8, Rue Assaad Bnou Zarara - 3^{ème} Etage
Maârif - Casablanca
Tél : 022 98 80 71 / 061 41 17 27

Date de consultation : 30/03/2021

Nom et prénom du malade : Sajid Hino Age :

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

Nature de la maladie : Tendinite

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 : 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
30/03/21	C	1	200 Dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

Pharmacie Argane Nezha El Aoud Docteur en Pharmacie 092010982 Tél: 05 22 26 19 18 Fax 05 22 26 19 18	30/03/21	587,30
---	----------	--------

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

		Nombre				
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

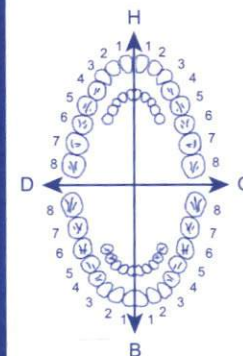
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ouafae Guessous Krafess

Cabinet de Médecine Générale

Echographie

Expertise médicale - Diabétologie

Psychologie médicale



الدراسة وفاء أشوس الكرافس

عيادة الطب العام

الفحص بالصدى

الخبرة الطبية - مرض السكري

التشخيص النفسي الطبي

Casablanca, le 30 03 21 في الدار البيضاء،

Sofist Nina

268,00

~~Doloxan~~ Anoxia 90

1 cp au milieu repas

3x49,40

Colthax

95,00

1 cp x 3 / J x 15 J

Biofreeze Roll

1 appl < 5 cm

56,60

Diprostène

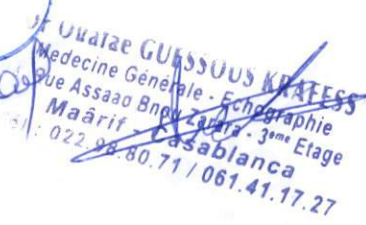
une infection unique

19,50

Spess for 400

1 cp en sublingual

587,30



Formule :

Thiocolchicoside 4 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Boîte de 12 comprimés.

A POLYMÉDIC

Rue Anyot d'Inville Quartier Arsalane - Casablanca Maroc / Dr M. HOUBACHI - Pharmacien Responsable.

LISTE I

احترام النماذج الطبية - RESPECTER LES DOSES RECOMMANDÉES

91409-04

Comprimés

12 comprimés de 4 mg

Coltrax

THIOLCOLCHICOSIDE



Coltrax® 4 mg

12 comprimés



Voie orale

Indications
posologie
mode d'emploi
contre-indications

انظر البيان
voir notice

عن طريق الفم
إرشادات
مقادير
كيفية الاستعمال
حالات عدم الاستعمال

تيمو كو لشكريك

كويتراكس

أقراص
12 قرصا من 4 ملغ

49,40

Coltrax®
12 comprimés

(45 x 18 x 106) mm

Formule :

Thiocolchicoside 4 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Boîte de 12 comprimés.

A POLYMÉDIC

Rue Anyot d'Inville Quartier Arsalane - Casablanca Maroc / Dr M. HOUBACHI - Pharmacien Responsable.

LISTE I

احترام النماذج الطبية - RESPECTER LES DOSES RECOMMANDÉES

91409-04

Comprimés

12 comprimés de 4 mg

Coltrax

THIOLCOLCHICOSIDE



Coltrax® 4 mg

12 comprimés



6 118000 120322

Voie orale

Indications
posologie
mode d'emploi
contre-indications

انظر البيان
voir notice

عن طريق الفم
إرشادات
مقادير
كيفية الاستعمال
حالات عدم الاستعمال

تيمو كو لشكريت

كويترا كس

أقراص
12 قرصا من 4 ملغ

49,40

Coltrax
12 comprimés

(45 x 18 x 106) mm

Formule :

Thiocolchicoside 4 mg
Excipients q.s.p. 1 comprimé
Boîte de 12 comprimés.

A POLYMÉDIC

Rue Anyot d'Inville Quartier Arsalane - Casablanca Maroc / Dr M. HOUBACHI - Pharmacien Responsable.

LISTE I

احترام النماذج الطبية - RESPECTER LES DOSES RECOMMANDÉES

91409-04

Comprimés

12 comprimés de 4 mg

Coltrax

THIOLCOLCHICOSIDE



Coltrax® 4 mg

12 comprimés



Voie orale

Indications
posologie
mode d'emploi
contre-indications

انظر البيان
voir notice

عن طريق الفم
إرشادات
مقادير
كيفية الاستعمال
حالات عدم الاستعمال

تيمو كو لشكريك

كويترا كس

أقراص
12 قرصا من 4 ملغ

49,40

Coltrax
12 comprimés

(45 x 18 x 106) mm