

## 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° W21-777463

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9619

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : GRINE Abdelkrim

Date de naissance : 08/03/1962

Adresse : Deau Golf 554 KENITRA

Tél. 0665122688

Total des frais engagés : 314

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur TRIQUI Abdellatif

Cachet du médecin : Chirurgie Orthopédique et Traumatologique

Chirurgie Arthroscopique

13, Rue Al Achaari, App N°5, 2ème étage - AGDAL - R

En Face de l'hôtel Ourida

Tél. 0537 77 40 50

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e)

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
21 DEC 2022				Docteur <del>Abdellatif</del> Chirurgie Orthopédique et Traumatologie Chirurgie Arthroscopique 13, Rue Al Achaari, App N°5, 2ème étage - AGDAL - F. En Face de l'hôtel Ourida Tél: 0537 77 40 50

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21.12.22	14.00

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 : 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"/>										
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>										
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>				H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B	
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
	[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										

• Chirurgie orthopédique et traumatologique

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat  
Ancien attaché au Centre hospitalier Ibn Sina  
Ancien Chef de service des hôpitaux de Beni mellal et Oujda



• Chirurgie Arthroscopique

Diplômé de la faculté de médecine de Rennes  
Membre de la société francophone d'arthroscopie

• اختصاصي في جراحة العظام و المفاصل

خريج كلية الطب بالرباط  
ملحق سابق بمستشفى ابن سينا  
رئيس مصلحة سابق بمستشفى بني ملال و وجدة  
اختصاصي في جراحة المفاصل بالمنظار  
خريج كلية ران  
عضو الجمعية فرانكفونية

Rabat le : ..... 21 DEC. 2022 ..... الرباط في:

M<sup>2</sup> ACHRAF GRUW

134.00

1/

ARXIB 60 mg

1/2 eff/ aux epa

14.00

4

Doleganes 1/2

1/2 eff/ - 2/2

6.8

2/2

2/2

2/2

2/2

2/2

2/2

2/2

2/2

2/2

2/2

2/2

2/2

2/2

صيدلية بنحادو  
Pharmacie BENHADDOU  
Rue de Belle Vue mar  
Mersia - Ken  
Tél : 05 37 32 20 49  
INPE: 000236881000005  
INPE: 052095940

Docteur TRIQUI Abdellatif  
Chirurgie Orthopédique et Traumatologique  
Chirurgie Arthroscopique  
En Face de l'hôtel Ourida  
1, Rue Al Achaari, App N°6, 2ème étage - AGDAL - Rabat  
Tél: 05 37 77 40 50



# Doliprane®

## 1000 mg

### PARACÉTAMOL

PPV: 14DH00  
PER: 12/25  
LOT: L3740

bottu s.a.  
82, Allée des Capucins - 44000 Nantes - France  
S. Bachmann - Pharmacien Responsable



**COMPRIMÉ**

**ADULTE**  
**10 Comprimés**

#### MODE ET VOIE D'ADMINISTRATION

**VOIE ORALE.** Les comprimés sont à avaler tels quels avec une boisson (par exemple eau, lait, jus de fruits).

#### POSOLOGIE

1 comprimé par prise. 3 renouvelés et renouvelés jusqu'à 3 comprimés par jour. En cas de douleurs plus fortes, la prise suivante sera de 2 comprimés. La posologie maximale est de 4 comprimés par jour. Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour.

#### TENIR HORS DE LA PORTÉE ET DE LA VUE DES ENFANTS

Lire attentivement la notice avant utilisation.

AMM N° 834/16 DMP/21/NRQ.

# دولبران

## 1000 ملغ

### بارا صيطامول



**أقراص**

b  
بوتى س.أ.  
82، ألييه دى كاپوسين - 44000 نانتس - فرنسا  
س. باخمان - صيدلى مسؤله

**Doliprane® 1000 mg**  
**PARACÉTAMOL**  
**10 comprimés**



#### COMPOSITION

Paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC90 (1111,11 mg) pour un comprimé.

#### INDICATIONS

Douleurs et/ou fièvre telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles douloureuses, etc. Pour les enfants, la posologie est de 1 comprimé par prise, 3 renouvelés jusqu'à 3 comprimés par jour. Attention : ne pas prendre 2 comprimés à la fois et ne jamais dépasser 4 comprimés par jour. Lire attentivement la notice avant utilisation. AMM N° 834/16 DMP/21/NRQ.

18x45x97  
8

06/17  
100025