

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 doit 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° W21-789868

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

0661294950

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-789868

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
27/07/23	Reéducation		6	INP : 102167468

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	03/06/2023	223,90

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
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	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



مركز أمراض وجراحة العظام والمفاصل الرياض
CENTRE DE TRAUMATOLOGIE ORTHOPEDIE RIAD

الدكتور عثمان الكتاني
اختصاصي في أمراض وجراحة
العظام والمفاصل

Dr. Othmane KETTANI
SPÉCIALISTE EN CHIRURGIE
TRAUMATOLOGIQUE ET ORTHOPÉDIQUE

Rabat, le 03/06/2023

Ordonnance

NEJJAI Jamal Eddine

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou al ouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640/50MP/21/INRO P.P.V: 92,10 DH
6 118001 020591

1- **Dolicox 90**

1 cp /j pendant 10 jours

2- **Inexium 20**

1 cp /j pendant 10 jours

3- **Klipal 325**

1 cp 2x/j pendant 10 jours

4- **Coltrax cp**

1 cp 2x/j pendant 10 jours

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou al ouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boîte 14
640/50MP/21/INRO P.P.V: 92,60 DH
6 118001 020591

Dr. Othmane KETTANI
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique
3, Rue Hab Mlouk, Imm. Assafae
Appt.2, Secteur 9, Hay Riad - Rabat
Tél: 05 37 71 09 99
INPE: 101 167 468 - ICE: 00 1658229000010

Diplômé de la Faculté de Médecine - Université Mohammed V - Rabat

Ancien interne du CHU IBN SINA - Rabat

Ancien interne du CHU HENRI MONDOR - Assistance Publique Hôpitaux de Paris

Diplôme d'Arthroscopie Chirurgicale - Faculté de Médecine - Université Mohammed V - Rabat

Diplôme de Chirurgie du Pied - Faculté de Médecine - Université Mohammed V - Rabat

Diplôme Interuniversitaire de Médecine du Sport - Faculté de Médecine - Université Denis DIDEROT - Paris

خريج كلية الطب والصيدلة لجامعة محمد الخامس - الرباط

طبيب داخلي سابق بالمركز الاستشفائي ابن سينا - الرباط

طبيب داخلي سابق بالمركز الاستشفائي هنري مونودور - باريس

حاصل على شهادة تحضير المفاصل الجراحية بكلية الطب لجامعة محمد الخامس - الرباط

حاصل على شهادة جراحة الأرجل بكلية الطب لجامعة محمد الخامس - الرباط

حاصل على شهادة الطب الرياضي بكلية الطب جوتس ديرو - باريس

3, rue Hab Mlouk, imm. Assafae, appt. 2, secteur 9 - Hay Riad - Rabat (en face de la porte bleue de Mahaj Riad)

Tél-Fax: 0537-710999 - Portable: 0661201092 - Email: drkettaniothmane@gmail.com

INPE: 101 167 468 - ICE: 00 1658229000010 - CNSS: 414 4804 - TP: 255 70501



001471

Indications thérapeutiques :

Contient du paracétamol et de la codéine :
C'est un antalgique (calme la douleur)
douloureux modérés ou fortes ou qui ne
sont pas soulagées par l'aspirine, le
paracétamol ou l'ibuprofène utilisé seul.
Réserve à l'adulte (à partir de 15 ans).



PIERRE FABRE MEDICAMENT

Fabrique sous licence par :

maphar

Km 10, route côtière 111,

Quartier Industriel, Zenata Ain Sebaâ,

Maroc.



KLIPAL CODEINE
300/25MG CP B10

يحفظ بعيداً عن مرأى ومتناول الأطفال.

يجب قراءة هذه النشرة بعناية قبل الاستعمال.

مقاييسوليت الصوديوم (E223)

لاي الأستيوم الأصفر البرتقالي (S(E110).

لائحة السواغات ذات الغالبية المعروفة :

تسلم محدود لطبة واحدة ما عدا في حالة وصفة طبية.

خاص بالكبار (ابتداء من 15 سنة).

التخفيف منها بالأسبرين والباراسيتامول أو الإيبوبروفين لوحده.

ينصح بهذا الدواء في حالة الآلام المعتدلة أو القوية أو التي لا يمكن

يحتوي على الباراسيتامول والكوديين : إنه ممكن (يخفف من الألم).

الإرشادات العلاجية:

Klipal

CODÉINE

Traitement des douleurs modérées à intenses

25 mg
Codéine

300 mg
Paracétamol

10 Comprimés

0x'5h

اقر اص

12 قرصا من 4 ملغ

كولتراكس[®]

تيو كو لشكزيدي

Coltrax[®]

12 comprimés



(45 x 18 x 106) mm