

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 peut 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.

**MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloger
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com**



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

Déclaration de Maladie

Nº W21-789868

3

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à Kadhérent (e)			
Matricule :	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	730822
Nom & Prénom :	LYA ZÉJI SALWA		
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661294950	Total des frais engagés :	→ 3
			Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	12/12/123
Nom et prénom du malade :	MEJJAJI Jamal Eddine
	Age :
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Tendinite cervico-épaule droite
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pilconfidential 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 :.....

Signature de l'adhérent(e) :

Le : _____ / _____ / _____

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-789868
<p>Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.</p>	
<p>Coupon à conserver par l'adhérent(e).</p>	
Matricule : Nom de l'adhérent(e) : Total des frais engagés : Date de dépôt :	

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 la Paiement des Actes
27/10/2023	Rech édératice		6	INF : 1023 674588
				Othmane Kholifi Spécialiste en Chirurgie et Orthopédie Maison d'Immigration de Hay Riad 0537710999 - ICE: 001654

~~EXECUTION DES ORDONNANCES~~

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>(Signature)</i>	03/06/2023	223.90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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.

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 canalaires, 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																		
	<p style="text-align: center;">H</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25633412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>B</td><td>G</td></tr> </table>				25633412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B	G	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25633412	21433552																		
00000000	00000000																		
<hr/>																			
00000000	00000000																		
35533411	11433553																		
<hr/>																			
B	G																		
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				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 ORTHOPÉDIE 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

Ag	1- <u>Dolicox 90</u>	1 cp /j	pendant	10	jours	<i>Nih</i>
Au	2- <u>Inexium 20</u>	1 cp /j	pendant	10	jours	<i>Ar</i>
Ag E	3- <u>Klipal 325</u>	1 cp 2x/j	pendant	10	jours	<i>3 ar/bou</i>
	4- <u>Coltrax cp</u>	1 cp 2x/j	pendant	10	jours	

Cpr GR

20 mg
Boîte 14
64015DMP/21NRQ P.P.V : 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier bnoou al ouaam roches
noires casablanca
INEXIUM

20 mg
Boîte 14
64015DMP/21NRQ P.P.V : 92,60 DH
6 118001 020591

Dr. Othmane KETTANI
Spécialiste en Chirurgie
Traumatologique et Orthopédique
3, Rue Habl Alouk, Imm. Assafae
Appt.2, Secteur 9, Hay Riad - Rabat
Tél: 05 371 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 - داخلى ساقه بالمركز المستشفى ابن سينا - الرباط

طبيب داخلى ساقه بالمركز المستشفى ابن زيدون - الرباط

حاصل على شهادة تنصير المفاصل الريحية بكلية الطبيب الجامعي محمد الخامس - الرباط

حاصل على شهادة جراحة الارجل وبكلية الطبيب الجامعي محمد الخامس - الرباط

حاصل على شهادة الطبيب الرياضي بكلية الطبيب جونسون - باريس

3, rue Habl Alouk, 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

10 Comprimés

300 mg
Paracétamol

25
mg
Codéine

Traitement des douleurs modérées à intenses

The logo for Codeine, featuring the word "CODEINE" in a vertical column of small white letters to the left of a large, stylized black "K" character. A red circular dot is positioned at the bottom right of the "K".

يحيى هاشم الشنيري يحصل على جائزة
الكتاب العربي لعام 2009 في فئة الأدب

الإرشادات العلاجية يحتوي على الباراسيتامول والكتوكينون: إنه مسكن (يختلف من الأدواء) ينفع لهذا الداء في حالة الآلام المعتدلة أو العلوية أو التي لا يمكن التخفيف منها بالأسبرين والباراسيتامول أو الإيتاموفين الموجة. تسلمه محدود لعدة واحدة ما عدا في حالة وصفة طبية خاص بالكبار (الإنذار من 15 سنة).

PIERRE FABRE MEDICAMENT



Indications thérapeutiques : Convient du paracetamol et de la codéine : c'est un antalgique (calme la douleur) Ce médicament est précoces des lésions musculaires modifiées ou fortes ou qui ne sont pas soulagées par les antalgiques. Il peut être administré à l'adulte (à partir de 15 ans).

(45 x 18 x 106) mm

12 comprimés

COTRAX®

کوتراکس

۱۲ قابله

oxiS