

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Physique :

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.

Maladie :

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



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

Déclaration de Maladie

N° P19- 052216

ND: 33537

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5672 Société : RAB

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL SAFI Touria

Date de naissance : 10-12-1955

Adresse : 235 BOU YACOB EL HANOUR

BTE APT 9 Beausjour

Tél : 0661321737 Total des frais engagés : 300 + 1013 dh Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. EL FATIMA Abdelatif
Professeur de Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Path-appl Locomoteur Podologie

Date de consultation : 10/07/2020

Nom et prénom du malade : M^{re} EL SAFI Touria Age :

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

Nature de la maladie : GONALGIES SUR GONARTHROSE ET HIZARTHROSE G

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) : ACQUEIL

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
10-7-2020	CS		300,00	 INP: 09 1037077

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	10/07/2020	1013,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

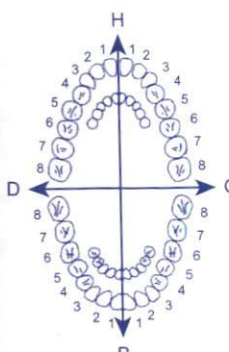
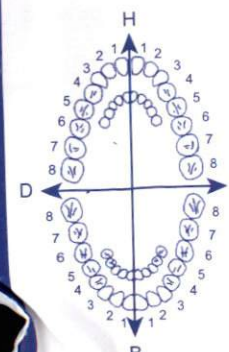
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 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																	
	<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
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
				MONTANTS DES SOINS														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

ORDONNANCE

Dr. EL FATMA Abdellatif
Professeur de Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Path-appl Locomoteur Podologie

....., Le: 10-7-2020

283,00 x 3 M^{me} EL SAFI Touria

1^o Chondrosulf 400 mg:

1 x 3 / j x 1 mois

puis 1 x 2 / j x 2 mois

82,00 x 2

2^o Vauxcib 100 :

2 x 2 / j x 3 j

1013,00 puis 1 x 2 / j x 7 j

3^o Pyantalgie cp:

1 x 2 / j x 10 j



الصيدلية الشرق
PHARMACIE DE L'ORIENT
M^{me} LAKHSASSI TABBARA Latifa
213, Bd Yacoub El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 75 51

Dr. EL FATMA Abdellatif
Professeur de Médecine Physique
et Réadaptation Fonctionnelle
Path-appl Locomoteur Podologie

MYANTALGIC®
20 comprimés effervescents

PPV 340H00
EXP 08/2022
LOT 95025 1

Suivez les conseils du médecin et du pharmacien
Liste I

إتبع نصائح الطبيب والصيدلي

VOXCIB® 100 mg ○
20 gélules



NOVOPHARMA		10021
LOT		
UT. AV.	P.P.V	
22	82.00	

قوكسيب®
سليكوكسيب 100 ملغ



20 كبسولة

عن طريق الفم

Suivez les conseils du médecin et du pharmacien
Liste I

إتبع نصائح الطبيب والصيدلي

LOT: 10023
PER: 12/22
PPV: 82,00 DH


20 كبسولة

VOXCIB® 100 mg ○
20 gélules



فوكسيب®
سليكوكسيب 100 ملغ

عن طريق الفم

ZENITH Pharma

AMM N° 556/17DMP/21/NRQ

6 118001 271214
PPV : 283,00 DH

Titulaire / Exploitant :

Laboratoires Genevrier

280, rue de Goa – Z.I. Les 3 Moulins

Parc d'activités de Sophia Antipolis

06901 Sophia Antipolis Gedex – France

Fabricant :

IBSA Farmaceutici Italia S.r.l.

Via Martiri di Cefalonia, 2

26900 LODI - Italie

Pantone 375 C

Pantone 356 C

Pantone process blue C

Pantone 294 C

Pantone Cool Gray 9 C

Grigio 432 C

Médicament autorisé n° 3400933591731

Chondrosulf

400 mg

Médicament

X 84



1 gélule/repas

Chondrosulf®

CHONDROÏTINE SULFATE (ACS₄ - ACS₆)

Traitement symptomatique à effet différé de

l'arthrose

de la hanche et du genou

 Laboratoires
Genevrier

Médicament

X 84



1 gélule/repas

400 mg

Chondrosulf®

CHONDROÏTINE SULFATE (ACS₄-ACS₆)

Traitement symptomatique à effet différé de

l'arthrose

de la hanche et du genou



Laboratoires
Genevri

ZENITH Pharma

AMM N° 556/17DMP/21/NRQ



6 118001 271214

PPV : 283,00 DH



CIP 3400933591731

LOT 190507

EXP 05 2022

(F) 3291

Médicament

X 84



1 gélule/repas

400 mg

Chondrosulf®

CHONDROÏTINE SULFATE (ACS₄-ACS₆)

Traitement symptomatique à effet différé de

l'arthrose

de la hanche et du genou



Laboratoires
Genevrier

ZENITH Pharma

AMM N° 556/17DMP/21/NRQ



6 118001 271214

PPV : 283,00 DH



CIP 3400933591731

LOT 190507

EXP 05 2022

(F) 3291