

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 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M23-0018288

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	2706	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		CHEBI CHEB LAMIA	
Date de naissance :		17/06/1993	
Adresse :			
Tél. :	0661 693351	Total des frais engagés :	0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	/
Nom et prénom du malade :	IBRAHIMI LAMIA Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie: RACCOUET			
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) :



RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE				MONTANTS DES SOINS	
				H		25533412 21433552 00000000 00000000
				G		00000000 00000000 35533411 11433553
				B		
(Création, remont, adjonction)	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				DATE DE L'EXECUTION	

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSP = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelons
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DEPOT



MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS

N° 328164

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : CHERIBICHE B. LAMIA

Matricule : 2706 Fonction : VEUVE Poste :

Adresse : loftissement 24 Driss Idriss Date : 1-10-96

Tél. : 0661633351 Signature Adhérent : L. Amia

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : I. Dahimi lamia

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent Parent Frère Sœur Enfant

Date de la première visite du médecin : 05/08/96

Nature de la maladie : semaine

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A : CASA, le 23/08/96

Durée d'utilisation 3 mois

Dr H. Dahimi
Signature et cachet du médecin
CHIRURGIEN DENTISTE
265 Bd. Hassan II Casablanca
Tel: 0522 983333

VOLET ADHERENT

DECLARATION

N° 328164

Matricule N° :
Nom du patient :
Date de dépôt :
Montant engagé :
Nombre de pièces jointes :



RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

A red rectangular stamp with the text "JARMA SOUAD" repeated twice vertically. A blue ink signature is overlaid on the stamp.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

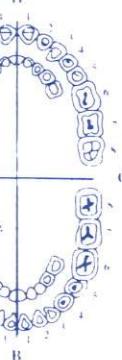
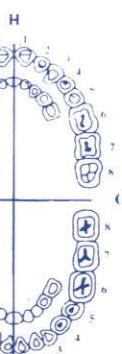
VOLET ADHERENT

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

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer 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												
															
	1 2	T.R.	D.15												
	2		D.3												
	1 2	g.0	D.10												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>H</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>D</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>G</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>B</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412	H	21433552	00000000	D	00000000	00000000	G	00000000	35533411	B	11433553
25533412	H	21433552													
00000000	D	00000000													
00000000	G	00000000													
35533411	B	11433553													
	CŒFFICIENT DES TRAVAUX														
	MONTANT DES SOINS														
	DATE DU DEVIS														
	DATE DE L'EXECUTION														

Dr. HATMY Ahmed
CHIRURGEN DENTISTE
Casablanca
Bd. Chandi 2298
Tel: 0522983333



CLINIQUE
DENTAIRE
GHANDI

Dr Samira M'hamed
Parodontologie - Implantologie
Diplômée de la Faculté Dentaire de Paris VII

Dr Ahmed-Faouzi Hatimy
Dentisterie esthétique - Prothèse dentaire
Diplômé de la Faculté Dentaire de Paris VII

Casablanca le, 03/08/2023

Patiene: Mme IBRAHIMI LAMIA

1. AMOXIL 1g

1 Comprimé 2 fois par jour pendant 06 jours

S.V.

2. FLAGYL 500 mg

1 comprimé 3 fois par jour pendant 6 jours.

S.V.

3. SOLUPRED 20mg

3 comprimés le matin ¼ h avant le petit déjeuner pendant 5 jours.

S.V.

4. CODOLIPRANE

2 comprimés en cas douleurs, ne pas dépasser 6 comprimés par jour.

Dr HATIMY - Ahmed-Faouzi
CHIRURGIEN DENTISTE
265, Bd. Chandi - Casablanca
Tél: 05 22 98 33 33

Dentairemaroc.com

📍 265 bd Ghandi - Riviera - Casablanca - ☎: 05 22 98 33 33 / 06 68 33 98 33 - 📲: 06 68 33 98 33

✉: cliniquedentaireghandi@hotmail.com - 📸: @drhatimy

Flagyl 500 mg

Respecter les doses prescrites

احترم المقدار المكتوب
Uniquement sur ordonnance - TABLEAU A
بصرف فقط بموجب وصفة طبية - جدول A

FLAGYL 500 mg

CP PEL B20

P.P.V : 49DH80

LOT : ZE020F

PER : 08/2027



sanofti-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sébaa
20250 Casablanca

Codoliprane

PARACETAMOL ET CODEINE



bottles 3
82 Allée des Casuarines - Ain Sefra - Constantine
S.Bachouch - Pharmacien Responsable

16 COMPRIMES SECABLES



Amoxil 500mg comprimés dispersibles
amoxicilline

Composition :

Amoxicilline (solutio...de trihydrate) 500mg

Excipient q.s.p. 1 comprimé

Contient de l'aspartam.

Cet étui contient 12 comprimés

dosés à 500mg, soit 6g

d'amoxicilline.

اموكسيلين 500 ملг. يحتوي هذا الدواء على

الاسبرتام

Lire attentivement la notice avant

اقرء النشرة بانتهاء قيل الا
يُمْكِنُ أَنْ يُؤْثِرَ عَلَى الْجَنَاحِ

يُعْلَمُ بِعِدَّةِ أَنْوَاعِ الْجَنَاحِ

يُحْفَظُ بعِدَّا عَنْ مُتَّلَقِ وَمِنْ

هذا الدواء قد يُسْبِبُ حَالَاتٍ

ent sur ordonnance

LES DOSES PRESCRITES



A avaler avec un verre d'eau
بلغ مع كأس من الماء

ou



A mettre préalablement
dans un demi verre d'eau
avant
الماء وحرك الخليط

6 118000 060536
Barcode

P.V. : 48,70 DH
Solupred 20 mg 20 cp

Alin sebza Cassabiane
Route de Rabat R.P.L.
Sanof-Aventis Maroc

(1/2022) A J324 - Envoi à la poste dans une enveloppe blanche (1/2022)

liquidelement sur ordonnance - Tableau A (liste)

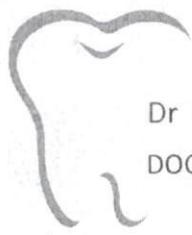
AMOXIL 500
12 comprimés disper

Solupred® 20 mg
Prednisolone

6 118000



RESPECTER LES DOSES PRESCRITES



Dr HATIMY AHMED-FAOUZI
DOCTEUR EN CHIRURGIE DENTAIRE

N° de l'IF : 40500507

N° de l'ICE : 001776414000024

Note d'honoraire N°: 53-F-2023

Date : 23/08/2023

Mme IBRAHIMI LAMIA

Nom de l'acte	Code	Lettre clé+Coeff	Date	Dent(s)	Montant
OBTURATION 1 CANAL	D704		23/08/2023	12	1 500,00 DHS
					TOTAL 1 500,00 DHS

Mode règlement :

Arrêté le montant de la facture à la somme de :

Mille cinq cent MAD

Dr HATIMY Ahmed-Faouzi
CHIRURGE EN DENTISTE
265, Bd. Ghandi - Casablanca
Tél: 0522983333

Signature du praticien



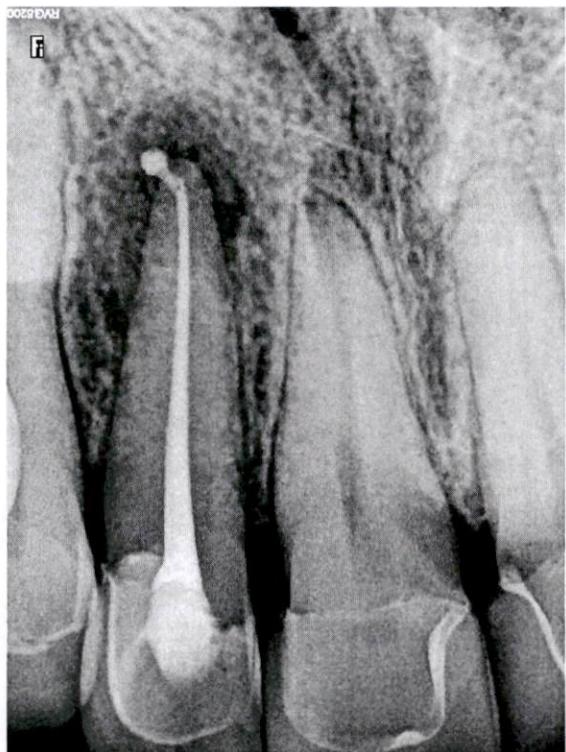
265, Boulevard Ghandi Casablanca-Maroc

Tél: 0522983333

Édité par www.dentaire.casa

hp

IBRAHIMI LAMIA 23/08/2023 # 12



Dr HATIMY Ahmed-Faouzi
CHIRURGIEN DENTISTE
265, Bd. Chandi - Casablanca
Tél: 05 22 98 33 33

Dental Imaging Software V6, 14, 6, 3

hp

IBRAHIMI LAMIA 03/08/2023 # 12



Lin

Dr HATIMY Ahmed-Faouzi
CHIRURGIEN DENTISTE
265, Bd. Chendi - Casablanca
Tél: 05 22 98 33 33