

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

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 réeducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## ladie 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.



Déclaration de Maladie  
Nº P19- 059612

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000983

Société : 36528

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : K.ÉHELI

Kenza

Date de naissance : 26/10/1981

Adresse :

Tél. : 06.36.53.25.06

Total des frais engagés : 150,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e) : Kesa ZE

Le : 12/08/2020



**A REMPLIR PAR L'ADHERENT**
**Mle**

Nom &amp; Prénom .....

**Signature de  
l'adhérent**

Fonction ..... Phones .....

Mail .....

**MEDECIN**

Prénom du patient .....

KEHELI Kenza

Adhérent  Conjoint  Enfant  Age .....Date .. 19/02/20

Nature de la maladie .....

Date 1ère visite .....

Gastralgies + DTz

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances .....

Nature des actes .....

Nbre de Coefficient .....

Montant détaillé des  
honoraires .....

Consult.

150,00

**PHARMACIE**Date .. 08/04/2015 / 02/2015

Montant de la facture .....

08104120 89,50
**PHARMACIE EL FARABI**  
 Mme LAHBABI BENNANI Amina  
 45 Bd Bourgogne Casablanca  
 ICE 001654187000019  
 Tel 05 22 27 35 82
**ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Date .....

**PHARMACIE EL FARABI**  
 Mme LAHBABI BENNANI Amina  
 45 Bd Bourgogne Casablanca  
 ICE 001654187000019  
 Tel 05 22 27 35 82
Désignation des  
Coefficients .....

Montant détaillé des Honoraire .....

**CACHET**
**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Date .....

Nombre .....

Montant détaillé des  
Honoraires .....
**CACHET**

AM

PC

IM

IV

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	Coefficient des travaux												
				<input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/>												
				<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>												
				<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>												
<b>O.D.F. Prothèses dentaires</b>  	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>  <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">D</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">H</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">25533412 00000000</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">21433552 00000000</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: center; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: left; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">35533411</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <b>(Création, Remont, adjonction)</b>            Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession         </div>			D	H	G	25533412 00000000	21433552 00000000	00000000	00000000	00000000	11433553	35533411			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/> <b>Montant des soins</b> <input type="text"/> <b>Date du devis</b> <input type="text"/> <b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>
D	H	G														
25533412 00000000	21433552 00000000	00000000														
00000000	00000000	11433553														
35533411																
<b>Visa et cachet du praticien attestant le devis</b>	<b>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</b>															

VOLET ADHERENT	NOM :	Mme
DECLARATION N° <b>P 17 / 47166</b>		 <b>MUPRAS</b> <small>Mutuelle de Prévoyance &amp; d'Actions Sociales de Royal Air Maroc</small>
Date de Dépôt	Montant engagé	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
<b>Cachet MUPRAS</b>		

Dr. Amal SALIM  
Médecine Générale  
Diabétologie Nutrition  
Angle Bd. Bourgogne et Rue Abouchoujaz  
El Fardi Appl. 4 - Casablanca  
Tél. 05 22 26 34 66

Le : 08/04/20

## ORDONNANCE

Mr KEHELI Renza

(S.V.)

1) Apixol spray gorge

8g, son app x 4/j

Pharmacie AL FARABI  
45, Bd de Bourgogne / Amina  
TP. 35601098 - Tél: 05 22 27 35 82  
INPE 092004639

Dr. Amal SALIM  
Médecine Générale  
Diabétologie Nutrition  
Angle Bd. Bourgogne et Rue Abouchoujaz  
El Fardi Appl. 4 - Casablanca  
Tél : 05 22 26 34 66

Dr. Amal SALIM

Lauréate des Facultés de Médecine  
de Rabat, Bordeaux et Rennes

Médecine Générale  
Diabétologie - Nutrition  
Echographie - Médecine du travail

الدكتورة آمال سليم

خريجة كليات الطب بالرباط  
ببوردو، فرنسا

الطب العام  
داء السكري و الحممية  
الفحص بالصدى - طب الشفاف

Casablanca, Le:

19/02/20

LOT 200148

2023/03

PPC : 89,50 DH

D° KEHELI Kenza

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1.  
Ain seba Casablanca  
MAALOX 460 mg sachets

Bte de 20  
P.P.V 32,00 DH

6 118001 08218

Barcode

(1) Dail plus



1 gel / j avant le repas

(2) Daalox st



1 st x 3 / j après les repas

32 ₣

صيدلية "الفارابي"  
Pharmacie AL FARABI  
LAHBABI Amina  
45 Bd. Bourgogne Casablanca  
Tél: 0522.27.35.82

pharmacia AL FARABI  
45, Bd de Bourgogne - Casablanca  
Tél: 0522.27.35.82  
T.P. 35601098 - ICE: 001654187000019  
INPE 092004639

Dr. Amal SALIM  
Médecine Générale  
Diabétologie et Nutrition  
El Fardi Appartement 4  
Angle Bd. Bourgogne et rue Abou Choujaa  
Tél: 0522.26.34.66 - 06 73 94 85 48