

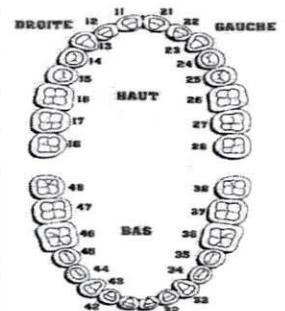
# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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



Montant des soins



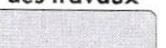
Début d'exécution



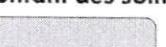
Fin d'exécution



Coefficient  
des travaux



Montant des soins



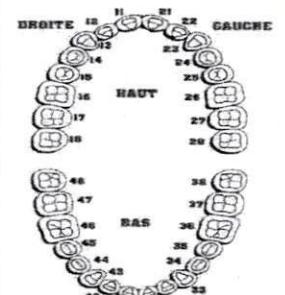
Date du devis



Fin de



## O.D.F. Prothèses dentaires



Détermination du coefficient  
masticatoire

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, Remont, adjonction)  
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

## VOLET ADHERENT

NOM : .....

Mle

## DECLARATION N°

W18-403150

Date de Dépôt

Montant engagé

Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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

## A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle

2437

Nom & Prénom

Bendaoud FG Bekkai

Fonction :

Phones :

Mail

## MEDECIN

Prénom du patient

Bendaoud

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age

Date .....

Nature de la maladie

Date 1ère visite

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

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des  
honoraires

## PHARMACIE

Date .....

Montant de la facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : .....

Désignation des  
Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Date : .....

Nombre

Montant détaillé des  
Honoraires

AM

PC

IM

IV

CACHET

CACHET

# Conditions Générales

## POUR LE PRATICIEN

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

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = 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 au présentation de ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous enveloppe confidentielle au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

## LES ACTES SOUMIS A ACCORD PRÉALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU VENTORIUM

SOIR EN MAISON DE REPOS

ACTES EFFECTUÉS EN SÉRIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes seuls 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



24.37

DATE DE DÉPÔT

# MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883  
FAX / 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

## FEUILLE DE SOINS

N° 868155

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT

Nom & Prénom : BENDAOUD EL BEKKAI

Matricule : 2437 Fonction : RETRAITÉ Poste :

Adresse : Rue 562 N°1, TABASTE INZE GUANE

Tél. : 06.66.12.18.80 Signature Adhérent : KSL

### A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : EL BEKKAI BENDAOUD Age :

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

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

A -----, le -----

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

24.37  
MUPRAS  
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc  
Aéroport Casa Anfa  
Casablanca  
Tél : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2857 / 2883  
Fax : 05 22 91 26 52  
Telex : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc  
ACCUEIL

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et Signature du Medecin attestant le Paiement des Actes  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 11 AVR 2019     | a                 | slur                  |                                 | Professeur El madi Mohamed<br>Chirurgien Urologue<br>Bd. Abdelmoumen - Casablanca<br>22, 36-36-Fax 35-22-22 |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date     | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| <b>PHARMACIE IBN ROUCHD<br/>Mehdi BELAYACHI<br/>355, Av. Reda Guedira, Cité Djamaâ<br/>Casablanca - Tél: 0522 37 07 06</b> | 10/04/19 | 159,00                |

## **ANALYSES – RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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 canalaire ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|          | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">H</th><th style="width: 50%;">B</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right;">25533412</td><td style="text-align: left;">21433552</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td><td style="text-align: left;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td><td style="text-align: left;">G</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">00000000</td><td style="text-align: left;">00000000</td></tr> <tr> <td style="text-align: right;">35533411</td><td style="text-align: left;">11433553</td></tr> </tbody> </table> | H | B | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 |
|----------|--|---|---|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|
| H        | B  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |
| 25533412 | 21433552   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |
| 00000000 | 00000000   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |
| D        | G  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |
| 00000000 | 00000000   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |
| 35533411 | 11433553   |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |
| <p>D</p> | <p>(Création, remont, adjonction<br/>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la pr</p>  |   |   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |

# Professeur EL MRINI M

## Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد

أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية  
عضو الجمعية العالمية لجراحة  
الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le .....

11 AVR. 2019

a demandé à Mr Khati

79,10 x 2

(S.V)

TENAFLINE 5%

159,00

1/4 de cu à deux

**PHARMACIE IBN ROUCHD**  
**Mehdi BELAYACHI**  
355, Av. Reda Guedira, Cité Djamaâ  
Casablanca - Tél: 0522 37 07 06

Professeur EL MRINI Mohamed  
Chirurgien Urologue  
76, Bd. abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 0522 27 36 36 - Fax: 0522 25 88 80

# تيرازوسين نورمون 5 ملг

تيرازوسين

Terazosine  
NORMON® 5 mg  
30 comprimés



6 118000 230489

LOT : 12818009

PER : 09-2021

PPU : 79.50 DH

30 جة  
عن طريق الفم

يحتفظ به بعيداً عن متناول و يضر الأطفال .  
 يجب قراءة التعليمات قبل استخدام هذا الدواء .

عن طريق وصفة طبية .

حالات و مواعيذ الاستعمال : انظر النشرة الداخلية .

IBERMA

TERAZOSINE NORMON® 5 mg  
Terazosine

30 comprimés

110152



LOT : 12817003

PPU : 79.50 DH

ج. 30

TERAZOSINE NORMON® 5 mg  
Terazosine

30 comprimés

110152

دواء  
نورمون  
تراتوزين  
5 ملجم  
30 قرصاً