

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

N° W19-478371

5597

Optique       Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

CF04

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AZIZA BEN YOUSSEF

Date de naissance :

30.08.82

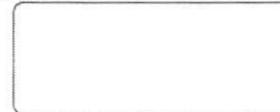
Adresse :

66131 03 81

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

/ /

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

RAS

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.

22 OCT. 2019

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 :

Accès stage/Ram

Signature de l'adhérent(e) :

# 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)  
CNPSY = 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 proposée 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 EFFECTUES 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'ORTHOPEDIE
- 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



# MUPRAS

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

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA  
CASABLANCA  
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 /  
FAX : 05 22 91 26 52  
TELEX : 3998 MUT  
E-mail : mupras@RoyalAirMa

FEUILLE DE SOINS 1630424

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : *AKASSI Khatir*  
Matricule : *6704* Fonction : *COS* Poste : *Dos*  
Adresse :  
Tél. : *066131.7 86* Signature Adhérent : *[Signature]*

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : *Attarbi Rachid* Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent  Conjoint  Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : *Sous de la grippe*

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

A ..... , le ..... / ..... / .....

Durée d'utilisation 3 mois

**Dr. Farid LAKEHAL**  
Signature et cachet du médecin traitant  
Spécialiste en Parodontologie - IMPL - IOL  
02, Rue Ibnou Al Attif Résidence Yasmina - Casablanca  
Tél: 0522 23 81 48 / 0522 23 57 79 - Casablanca  
INP: 694012820 - Patente: 5713679

### VOLET ADHERENT

#### DECLARATION

Matricule N° : *1630424* MUPRAS  
Nom du patient :  
Date de dépôt :  
Montant engagé :  
Nombre de pièces jointes :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Date	Montant de la Facture
01/06/19	135,20

#### **ANALYSES - RADIographies**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Chet et Signature du praticien	Dates 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 demandés 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Farid Lakehal**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Parodontologie - Implantologie  
et Réhabilitation Orale

**الدكتور فريد لكيحل**

طبيب جراحة الأسنان  
اختصاصي في أمراض اللثة  
وغرس الأسنان

UGA 91919

177.000 - ~~Nacelle~~  
 116.00 - ~~ZAMOX~~ 18/5 14  
 19.20 - ~~Nacelle~~ 18/5 82  
 135.70 - ~~Alginate zoom~~ 91  
 - ~~Kun~~ 144

*Chaper*

**ARMACIE EL DRABNA**  
**TOUCHRA LASLAMI**  
 Docteur en Pharmacie  
 de Boucraa 7100, Km 11  
 Casablanca - Maroc

**Dr. Farid LAKEHAL**  
**CHIRURGIEN - DENTISTE**  
 Spécialiste en Parodontologie-Implantologie  
 Ibnou Al Arif Résidence Yasmina Maârif  
 Tél. 23 81 48 - 0522 23 57 79 - Casablanca  
 N° 094012826 - Patente: 35713679

3, Rue Ibnou Al Arif (Résidence Yasmina) -Maârif- Casablanca

Tél. et Fax : 05 22 23 81 48 / 05 22 23 57 79

Email : faridlake@yahoo.fr

# ALGANTIL® (IBUPROFENE)

## ALGAN... 200 20 dragées

### FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRES.

Dragées dosées à 200 mg : boîte de 20 dragées  
Comprimés effervescents à 200 mg : boîtes  
Suspension buvable pédiatrique à 2 % : flacon  
Suppositoires dosés à 250 mg : boîte de 10

### COMPOSITION :

Dragées

Ibuprofène

Excipient

Comprimés effervescents

Ibuprofène

Excipient

Suspension buvable pédiatrique

Ibuprofène

Excipient

Suppositoires

Ibuprofène

Excipient

### CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Analgésique et antipyrrétique.

### DANS QUELS CAS UTILISER CE MÉDICAMENT :

Dragées, comprimés effervescents et suppositoires

Adultes et enfants de plus de 12 ans :

Ce médicament contient de l'ibuprofène qui est un anti inflammatoire non stéroïdien. Il est indiqué chez l'adulte et l'enfant de plus de 40 kg (soit environ 12 ans) dans le traitement de courte durée de la fièvre et/ou des douleurs telles que :

- Mau de tête
- Etats grippaux
- Douleurs dentaires
- Règles douloureuses
- Douleurs et fièvre accompagnant les syndromes O.R.L.
- Crise de migraine légère à modérée avec ou sans aura
- Douleurs rhumatismales
- Douleurs traumatiques musculaires ou tendineuses
- Douleurs post-opératoires en chirurgie dentaire

### Suspension buvable pédiatrique

Elle est indiquée chez le nourrisson et l'enfant de 3 mois à 12 ans (40 kg) dans :

- Le traitement de la fièvre et/ou des douleurs telles que maux de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures
- Le traitement symptomatique de l'arthrite chronique juvénile

### CONTRE-INDICATIONS :

Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les cas suivants :

- Au-delà de 5 mois de grossesse révolus (24 semaines d'aménorrhée).
- Antécédent d'allergie ou d'asthme déclenché par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- Antécédent d'allergie à l'un des constituants de ce produit,
- Ulcère de l'estomac ou duodénum en évolution,
- Maladie grave du foie,
- Maladie grave des reins,
- Maladie grave du cœur
- Lupus érythémateux disséminé.

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### MISES EN GARDE

Adulte - Enfant de plus de 12 ans :

Chez l'adulte, ne pas dépasser la dose maximale de 1200 mg/jour.

Une dose supérieure peut provoquer des inconvenients parfois graves qui sont ceux observés avec les anti-inflammatoires non stéroïdiens.

Nourrisson - Enfant :

En cas de douleurs et/ou fièvre, ne pas dépasser la dose maximale de 30 mg/kg/jour. En effet, à ces doses, ce médicament peut provoquer des inconvenients parfois graves qui sont ceux observés avec les médicaments anti-inflammatoires.

### PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :

Prévenez votre médecin en cas :

- d'un antécédent d'asthme associé à une rhinite chronique, une sinusite chronique ou des polypes dans le nez. L'administration de cette spécialité peut entraîner une crise d'asthme, notamment chez certains sujets allergiques à l'aspirine ou à un anti-inflammatoire non stéroïdien.
- de traitement anticoagulant concomitant. Ce médicament peut entraîner des manifestations gastro-intestinales graves.
- d'anélectodes digestifs (hémorragie, hémorragie digestive, ulcère de l'estomac ou duodénum anciens).
- de maladie du cœur, du foie ou du rein.

- de varicelle. Ce médicament est déconseillé en raison d'exceptionnelles infections graves de la peau.

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : ibuprofène, vous ne devez pas prendre en même temps que le médicament d'autres médicaments contenant des anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou de l'aspirine.

EN CAS DE DOUCE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

### INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES ET AUTRES INTERACTIONS :

AFIN D'EVITER D'EVENTUELLES INTERACTIONS ENTRE PLUSIEURS MEDICAMENTS, ET NOTAMMENT les anticoagulants oraux, d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens y compris l'aspirine et ses dérivés, de l'héparine, du lithium, du méthotréxate à forte dose (supérieur à 15 mg par semaine). IL FAUT SIGNALER SYSTEMATIQUEMENT TOUT AUTRE TRAITEMENT EN COURS A VOTRE MEDECIN OU A VOTRE PHARMACIEN

### GROSSESSE ET ALLAITEMENT :

Grossesse

Au cours du premier trimestre de grossesse (12 semaines d'aménorrhée soit 12 semaines après le 1er jour de vos dernières règles), votre médecin peut être amené, si nécessaire, à vous prescrire ce médicament.

De 2,5 à 5 mois de grossesse révolus (12 à 24 semaines d'aménorrhée), ce médicament ne sera utilisé que sur les conseils de votre médecin et en prise brève. L'utilisation prolongée de ce médicament est fortement déconseillée.

Au-delà de 5 mois de grossesse révolus (au-delà de 24 semaines d'aménorrhée), vous ne devez EN AUCUN CAS prendre ce médicament, car ses effets si votre enfant peuvent avoir des conséquences graves notamment sur un plan cardio-pulmonaire et rénal, et cela même avec une seule prise.

Si vous avez pris ce médicament alors que vous étiez enceinte de plus de cinq mois révolus, parlez-en à votre gynécologue obstétricien afin qu'une surveillance soit proposée.

PPV 19DH70 EXP 03/2022

LOT 91006 3

200 mg par dragée  
q.s.p. 1 dragée

30 mg par comprimé effervescent  
q.s.p. 1 comprimé effervescent

2 g pour 100 ml  
s.p. 100 ml de suspension buvable  
250 mg par suppositoire  
q.s.p. 1 suppositoire

PPV:116DH00  
PER:01-22  
LOT:1077



l'amoxicilline appartient à un groupe de médicaments appelés « pénicillines », qui peuvent parfois arrêter d'être efficaces (être inactivés). L'autre constituant actif (l'acide clavulanique) empêche cette inactivation.

**INDICATIONS :**

ZAMOX est utilisé chez l'adulte et chez l'enfant pour traiter les infections suivantes :

- infections de l'oreille moyenne et des sinus,
- infections des voies respiratoires,
- infections des voies urinaires,
- infections de la peau et des tissus mous, incluant les infections dentaires,
- infections des os et des articulations.

**CONTRE-INDICATIONS :**

**Ne prenez jamais ZAMOX 1 g/125 mg, poudre pour suspension buvable en sachet :**

- Si vous êtes allergique (hypersensible) à l'amoxicilline, à l'acide clavulanique, à la pénicilline ou à l'un des autres composants contenus dans ZAMOX.
- Si vous avez déjà présenté une réaction allergique grave (d'hypersensibilité) à un autre antibiotique. Ceci peut inclure une éruption cutanée ou un gonflement du visage ou du cou.
- Si vous avez déjà eu des problèmes au foie ou développé un ictère (jaunissement de la peau) lors de la prise d'un antibiotique.

**Ne prenez pas ZAMOX si vous êtes dans l'une des situations mentionnées ci-dessus.**

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ZAMOX.

**MISES EN GARDE ET PRÉCAUTIONS D'EMPLOI :**

**Faites attention avec ZAMOX 1 g/125 mg, poudre pour suspension buvable en sachet :**

Demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ce médicament si vous :

- souffrez de mononucléose infectieuse,
- êtes traité(e) pour des problèmes au foie ou aux reins,
- n'urinez pas régulièrement.

En cas de doute, demandez conseil à votre médecin ou votre pharmacien avant de prendre ZAMOX.

Dans certains cas, votre médecin pourra rechercher le type de bactérie responsable de l'infection.

Selon les résultats, il pourra vous prescrire un dosage différent de ZAMOX ou un autre médicament.

**Réactions nécessitant une attention particulière**

ZAMOX peut aggraver certaines maladies ou engendrer des effets secondaires graves, notamment des réactions allergiques, des convulsions et une inflammation du gros intestin. Lorsque vous prenez ZAMOX, vous devez surveiller certains symptômes afin de réduire les risques. Voir « Réactions nécessitant une attention particulière dans 'effets non souhaités et gênants' ».

**Tests sanguins et urinaires**

Si vous effectuez des analyses de sang (nombre de globules

**Dr. Farid Lakehal**

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Parodontologie - Implantologie  
Réhabilitation Orale

**الدكتور فريد لكيحل**

طبيب جراحة الأسنان  
اختصاصي في أمراض اللثة  
وغرس الأسنان

Cape 6 09109118

Mr. M. A. Lakehal  
Dentist

Afani Russo Panarari que  
No. 23  
Dr. Farid Lakehal - Chirurgien-Dentiste  
Spécialiste en Parodontologie-Implantologie  
02, Rue Ibnou Al Arif Résidence Yasmina Maârif  
Tél: 0522 23 81 48 - 0522 23 57 79 - Casablanca  
INB: 094012820 - Patente: 35713679

M

**Dr. Farid LAKEHAL**  
**CHIRURGIEN - DENTISTE**  
Spécialiste en Parodontologie-Implantologie  
02, Rue Ibnou Al Arif Résidence Yasmina Maârif  
Tél: 0522 23 81 48 - 0522 23 57 79 - Casablanca  
INB: 094012820 - Patente: 35713679

3, Rue Ibnou Al Arif (Résidence Yasmina) - Maârif - Casablanca  
Tél. et Fax : 022 23 81 48 / 022 23 57 79  
E-mail : faridlakehal@hotmail.com

# Dr. Farid Lakehal

Docteur en Chirurgie Dentaire  
Parodontologie - Implantologie  
Réhabilitation Orale

الدكتور فريد لகھل

طبيب جراحة الأسنان  
اختصاصي في أمراض اللثة  
وغرس الأسنان

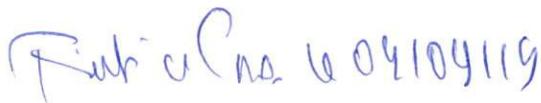
0522 23 81 48 / 022 23 57 79



**Dr. Farid LAKEHAL**  
**CHIRURGIEN - DENTISTE**

Spécialiste en Parodontologie-Implantologie  
02, Rue Ibnou Al Arif Résidence Yasmina Maârif  
Tél: 0522 23 81 48 - 0522 23 57 79 - Casablanca  
INP: 094012820 - Patente: 35713679

Je souhaiterais faire une consultation  
avec vous pour une éventuelle mise  
en place d'implants  
et facture pour cela ce que je devrai

  
094012820 04104119

**Dr. Farid LAKEHAL**  
**CHIRURGIEN - DENTISTE**

Spécialiste en Parodontologie-Implantologie  
02, Rue Ibnou Al Arif Résidence Yasmina Maârif  
Tél: 0522 23 81 48 - 0522 23 57 79 - Casablanca  
INP: 094012820 - Patente: 35713679

3, Rue Ibnou Al Arif (Résidence Yasmina) - Maârif - Casablanca  
Tél. et Fax : 022 23 81 48 / 022 23 57 79  
E-mail : faridlakehal@hotmail.com



Nom & prénom : LAZRAK RACHIDA

FACTURE N° : 19/016950

Date : 19/09/2019

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
PANORAMIQUE DENTAIRE	250,00
<b>Total Montant</b>	
	250,00

RADIOLOGIE Abou Madi  
27 Rue Ilya Abou Madi  
Appt N° 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 / 0522.20.34.58  
Tél: 0522.47.40.09  
Fax: 0522.20.34.58

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

REGLEMENT : TPE Le 19/09/2019

Relevé d'identité bancaire  
Banque Centrale Populaire  
Agence Massira  
88, bd massira el khadra Casablanca  
Compte n°:190 780 21211 9307191 000 7 73