

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-478371

5597

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6704 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Azzah Linaïa

Date de naissance : 30.08.82

Adresse :

Tél. : 06 6131 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 :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : RAS

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 : Accueil Siège/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 couvrant 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 kinsithérapeute
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 EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelonnées 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 : AZZABI Khadija
Matricule : 6704 Fonction : CNS Poste : DR
Adresse :
Tél. : 066131.786 Signature Adhérent : [Signature]

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : AZZABI Rachid Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Sans douleur
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
Spécialiste en Parodontologie - Impl.
02 Rue Ibnou ALAfi Résidence Yasmine M
Tél: 0522 23 81 48 - 0522 23 57 79 - Casabl
INP: 654012826 - Patente: 5713679

VOLET ADHERENT

DECLARATION

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



RELEVÉ 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

Montant de la Facture	Date	Signature du Pharmacien du Fournisseur
135,22	09/09/19	

ANALYSES RADIOGRAPHIQUES

Montant des Honoraires	Désignation des Coefficients	Date	Cachet et Signature du Radiologue
250,00	(25)	09/09/19	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Montant détaillé des Honoraires	Nombre				Dates des Soins	Cachet et Signature du praticien
	AM	PC	IM	IV		

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	12	2x2	24	24
	12	2x2	24	24
Dr. Farid LAKEHAL CHIRURGIEN DENTISTE Spécialiste en Parodontologie, Endodontologie 02, Rue Ibnou Al Anfal - Casablanca Tél: 05 22 23 81 46 - 05 22 23 57 79 - Casablanca INP: 094012820 - Patente: 35213579				MONTANT DES SOINS: 500 DEBUT D'EXECUTION: FIN D'EXECUTION: 09/09/19

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	
	H	25533412	21433552											
	D	00000000	00000000											
	G	00000000	00000000											
	B	35533411	11433553											

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 لكل

طبيب جراحة الأسنان
إختصاصي في أمراض اللثة
و غرس الأسنان

URBA 9/9/19

A22000 Raltium

116.00

- ZAMOX

18



Al

Adeline / j ble 82

19.70

- ALGMENTIN 200mg 9

135.70

Ther
- Kun



144

Capin

ARMACIE EL DRABNA
OUCHRA LASLAMI
Docteur en Pharmacie
Boulevard 100 Km 11
Oudina - Casablanca

Dr. Farid LAKEHAL
CHIRURGIEN - DENTISTE
Spécialiste en Parodontologie-Implantologie
Ibnou Al Arif Résidence Yasmina Maârif
Tél. 23 81 48 - 05 22 23 57 79 - Casablanca
N° 394012820 - 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)

ALGANTIL 200 20 dragées

PPV 190470

EXP 03/2022

LOT 91006 3

FORMES PHARMACEUTIQUES ET PRESENTATIONS

Dragées dosées à 200 mg : boîte de 20 dragées
Comprimés effervescents à 200 mg : boîte de 20 comprimés
Suspension buvable pédiatrique à 2 % : flacon de 100 ml
Suppositoires dosés à 250 mg : boîte de 10 suppositoires

COMPOSITION :

Dragées

Ibuprofène

Excipient

Comprimés effervescents

Ibuprofène

Excipient

Suspension buvable pédiatrique

Ibuprofène

Excipient

Suppositoires

Ibuprofène

Excipient

CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE :

Analgésique et antipyrétique.

DANS QUELS CAS UTILISER CE MEDICAMENT :

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 :

- Maux de tête
- États 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 du duodénum en évolution,
- Maladie grave du foie,
- Maladie grave des reins,
- Maladie grave du cœur
- Lupus érythémateux disséminé.

EN CAS DE DOUTE, 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 inconvénients 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 inconvénients parfois graves qui sont ceux observés avec les médicaments anti-inflammatoires.

PRECAUTIONS D'EMPLOI :

Prévenez votre médecin en cas :

- d'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'antécédents digestifs (hernie hiatale, hémorragie digestive, ulcère de l'estomac ou du 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 DOUTE, 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 méthotrexate à forte dose (supérieure 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 sur 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 adaptée vous soit proposée.

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



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 PRECAUTIONS 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 فرير لكةحل

طبيب جراحة الأسنان
إختصاصي في أمراض اللثة
و غرس الأسنان

Casa 6 09109118

M. ATTAR
FACHIA

A farid Lakehal
Nommer

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

Dr. Farid Lakehal

Docteur en Chirurgie Dentaire
Parodontologie - Implantologie
Réhabilitation Orale

الدكتور فريد لكةحل

طبيب جراحة الأسنان
إختصاصي في أمراض اللثة
و غرس الأسنان

Casa 609/09/119

Remme

Dr. Farid LAKEHAL

CHIRURGIEN - DENTISTE

Spécialiste en Parodontologie-Implantologie

03, Rue Ibnou Al Arif Résidence Yasmina Maârif

Tél: 0522 23 81 48 - 0522 23 57 79 - Casablanca

INP: 094012820 - Patente: 35713679

*Je soussigné
Antipr...
N° 000 7820 - Patente: 35713679*

*(argent d'urgence) unipontant
aux 815 sur avec effet de 1000
177031 Escam
est facturé par votre ce que de 1000*

Casa 604/04/119

Dr. Farid LAKEHAL

CHIRURGIEN - DENTISTE

Spécialiste en Parodontologie-Implantologie

03, 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
Total Montant	
250,00	

RADIOLOGIE Abou Madi
27, Rue Ily Abou Madi
Appel No 35509523 / 0522 20 34 58
Tél 0522 20 34 58
Fax 0522 47 40 09

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