

# 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.

## 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.

## 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.

## Prothèse 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° P19- 060942

ND 45239

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 256402 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZINELKHAIR ALIMA

Date de naissance : 23-6-1968

Adresse : 37307 WIDAD SIDI BENNOUR

Tél. : 0670940728 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 : 1 < you on u 5

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 : 27/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

# RELEVÉ 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 21/10/2020      |                   | CS                    | 200.00                          | Docteur CHRAÏBI Abdelhakim<br>Gynécologue - Accoucheur<br>142, Avenue Boucharbâ Boukkali<br>EL JADID<br>Tél: 05 23.34.12.82 |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |
|                 |                   |                       |                                 |   |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| Pharmacie Al Moustakbal<br>Rte. MADOUIM Younes<br>Kissar-1er<br>MOULAY AL MOUSTAKBAL<br>37000 BOUJADIDA<br>Tél: 05 23.34.12.82 | 21.12.2020 | 108.00                |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |
|   |      |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

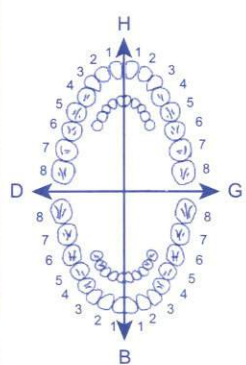
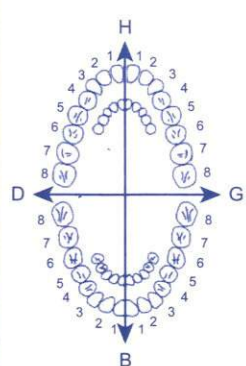
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |
|                                  |                |        |    |    |    |                                 |

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES   | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient             |                         |
|---|--|------------------|-------------------------|-------------------------|
|    |  |                  |                         | Coefficient DES TRAVAUX |
|   |  |                  |                         | MONTANTS DES SOINS      |
|   |  |                  |                         | DEBUT D'EXECUTION       |
|   |  |                  |                         | FIN D'EXECUTION         |
|   |  |                  |                         |                         |
|   |  |                  |                         |                         |
|   |  |                  |                         |                         |
|   |  |                  |                         |                         |
|   |  |                  |                         |                         |
|   |  |                  |                         |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES   | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |                  |                         |                         |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b><br/> 25533412<br/> 00000000<br/> <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> 21433552<br/> 00000000<br/> 00000000<br/> 00000000<br/> 35533411<br/> <b>G</b> </div> </div> <b>B</b> |                  | Coefficient DES TRAVAUX |                         |
|   | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  | MONTANTS DES SOINS      |                         |
|   |  |                  | DATE DU DEVIS           |                         |
|   |  |                  | DATE DE L'EXECUTION     |                         |
|   |  |                  |                         |                         |
|   |  |                  |                         |                         |
|   |  |                  |                         |                         |
|   |  |                  |                         |                         |
|   |  |                  |                         |                         |
|   |  |                  |                         |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Docteur CHRAIBI Abdelfattah

Gynécologue - Accoucheur  
Stérilité (Fecondation in Vitro)  
Maladies du Sein - Echographie Doppler  
Chirurgie Gynécologique et cancérologique  
Coelioscopie - Hysteroscopie

Ancien Attaché au Service de Gynécologie  
Obstétrique du C.H.U de Clermont Ferrand  
Diplôme d'Echographie de la Faculté  
de Médecine de Montpellier



الدكتور الشرايبي عبد الفتاح

إختصاصي في أمراض النساء و التوليد  
العقم (أطفال الأنابيب) - أمراض الثدي  
الفحص الصوتي و الدوبلير  
الجراحة النسوية و السرطانية - الجراحة بالمنظار

طبيب ملحق سابقا بالمركز الجامعي  
الصحي بكليرمون فيرون  
حائز على شهادة الكشف بالتصوير  
الصوتي بجامعة الطب بمونبيلي

El Jadida, le : 21 / 10 / 2020

Dr. ZINELKHEIN HALIMA

Ghale  
Grand  
14/10/2020  
Evo Feesh  
19/10/2020



Docteur CHRAIBI Abdelfattah  
Gynécologue - Accoucheur  
142, Avenue Boucharib Doukkali  
EL JADIDA  
Tél: 05.23.34.12.82

4170



## COMPOSITION

PROFENID® 100 mg, suppositoire

Kétoprofène ..... 100 mg.

Excipients: q.s.p ..... 1 suppositoire.

## FORME PHARMACEUTIQUE ET PRESENTATION

Suppositoires dosés à 100 mg, boîte de 12.

**CLASSE PHARMACO-THERAPEUTIQUE :**  
ANTI-INFLAMMATOIRES, ANTIRHUMATISMAUX NON STEROÏDIENS

## INDICATIONS

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien : le Kétoprofène. Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans) :

- en traitement de longue durée de :
- certains rhumatismes inflammatoires chroniques,

Desogestrelum, 0,020 mg,  
Ethinylestradiolum 0,030 mg,  
Lactosum, Excipients pro compress

## GRACIAL

Plaquette de 22 comprimés

AMM N° 236/16 DMP/21/NRQ

PPV: 61,20 DH

Distribué par les laboratoires Sothema

S.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc

Respecter les doses prescrites

طبق الجرعات الموصى بها

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance

جدول أ (الدرجة I) - بوصف بموجب وصفة طبية



6 118001 072415

ur des  
épaule

lations  
goutte,

- douleurs aiguës liées à l'irritation d'un nerf, telles que les sciatiques,
- douleurs et œdèmes liés à un traumatisme.

## CONTRE-INDICATIONS

Ce médicament NE DOIT PAS ETRE UTILISE dans les cas suivants :

- antécédent d'allergie au kétoprofène ou à l'un des constituants du produit,
- à partir du 6<sup>me</sup> mois de la grossesse (cf. Grossesse et allaitement),
- antécédent d'asthme déclenché par la prise de ce médicament ou un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, aspirine,
- hémorragie gastro-intestinale, hémorragie cérébrale ou autre hémorragie en cours,
- ulcère de l'estomac ou de l'intestin en cours,
- maladie grave du foie,
- maladie grave du rein,
- maladie grave du cœur,
- enfants de moins de 15 ans,
- inflammations ou saignements récents du rectum (contre-indication liée à la voie d'administration).