

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.

cique :

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 rééducations.

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 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.

adie 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

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 25 6402

Société :

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : ZINELKHAIR, HILIMA

Date de naissance : 23-6-1968

Adresse : 373 OT WIDAD, SIDI BENNOUR,

Tél. : 06-70-94-02-28 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 : *(Signature)*

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) : *(Signature)*

Le : / /

Déclaration de Maladie

Nº P19- 060942

ND 45239

RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---|--|
| 21/10/2010 | CS | 200.00 DH | Docteur CHRAIBI ANDALOUSSI Gynécologue - Accoucheur 142, Avenue Bouchaïb Doudkali EL JADIDA Tél: 05 23.34.12.82 | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur CHRAIBI Abdelfattah

Gynécologue - Accoucheur

Stérilité (Fécondation in Vitro)

Maladies du Sein - Echographie Doppler

Chirurgie Gynécologique et cancerologique

Cœlioscopie - 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 الشرايبى عبد الفتاح

إخلاصي في أمراض النساء والتوليد

العم (أطفال الأنابيب) - أمراض الثدي

الفحص الصوتي والدولي

المراجعة النسائية و السرطانية - المراجعة بالمنظار

طبيب ملحق سابق بالمركز الجامعي

الصحي بكميرمون فيرون

حاصل على شهادة الكشف بالتصوير

الصوتي بجامعة الطب بمونبولي

El Jadida, le : 21 / 10 / 2020

Dr. ZINEL KHAIR HALIMA

61-88

Galil



Eva Feen

Pharmacie AL MOSTAKBAL
Dr. M. MOUSSAINE YOUSSEF
AL MOSTAKBAL
MOUSSAINE AL MOSTAKBAL
SPDI 13-14-15-16-17-18-19-20-21
Tél: 05 23 34 94 21

Docteur CHRAIBI Abdelfattah
Gynécologue - Accoucheur
142, Avenue Bouchaïb Doukkali
EL JADIDA
Tél: 05 23 34 12 82

142. شارع أبو شعيب الدكالي، الطابق الأول، الجديدة - الهاتف: 05 23 34 12 82 - البريد الإلكتروني: abd.chraibi@hotmail.com

142, Avenue Abou Chouaib Doukkali 1er étage - El Jadida - Tél.: 05 23 34 12 82 E-mail: abd.chraibi@hotmail.com

في حالة إستعجال: Clinique Mazagan, Tél.: 05 23 39 39 33

Desogestrel 0,03 mg,
Ethynodiol dihydrogéné 0,030 mg,
Lactosum, Excipients pro compress.

GRACIAL

Plaquette de 22 comprimés
AMM N° 236/16 DMP/21/NRQ
PPV: 81.20 DH
Distribué par les laboratoires Sothema
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
Respecter les doses prescrites
Tableau A (liste B) - Utilisement sur ordonnance
دوز أ (لائحة ب) - وصول بموجب وصفة طبية
دوز أ (لائحة ب) - وصول بموجب وصفة طبية



6

ur des
épaule
lations
goutte,



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 STÉROÏDIENS

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,

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^{ème} 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).