

## 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.

## Déclaration de Maladie

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

N° W19-535499

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12536 Société : RAMM 230670  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : GARCH JIHANE  
 Date de naissance : 21.07.1982  
 Adresse : 9, B1 YACOUB EL TANSOUR  
 MOHAMEDIA  
 Tél. 0661245764 Total des frais engagés : 17332,00 DH Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 29 JUN. 2020  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : GARCH Jihane  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 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 : Casablanca Le : 29.06.2020

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



| 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 |
| 23/05/2020                     | Voir Fiche ci-jointe |                       | 16900,00                        |  |

| EXECUTION DES ORDONNANCES  |            |                       |
|--|------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
| PHARMACIE HASMIA<br>136, Av. Hassan II, Lot Soleil<br>T. : Mohammed<br>Tél: 05.23.30.56.89 | 23/05/2020 | 632,00                |

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

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

| RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES  |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|---|--|--|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
| Le praticien est prie de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.                        |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| Important :<br>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                             | INP : <input type="text"/>                   |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |  |   | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |  |   | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |  |   | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>       |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |  |   | FIN D'EXECUTION <input type="text"/>         |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433555</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> |  | H                                       |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433555 | B |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 25533412   | 21433552                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | D  | G  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 00000000   | 00000000                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | 35533411   | 11433555                                 |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | B  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   | (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la prothèse  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>      |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |
|   |  |  |   |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le

23/05/2020

ORDONNANCE

168,20



347,00

Augmentin 1g  
1 cp 2x/d

PHARMACIE MOHAMMEDIA s.r.l.  
136, Av Hassan II, Lot Soleil  
Mohammedia  
Tél: 05.23.38.88.89

2/ - Novexorin  
1 cp 2x/d

38,50



31,00

3/ - Maltofer  
1 cp 1x/d

Flexen 100 mg  
Boîte de 10 suppositoires



4/ - Flexen  
1 sup 1x/d

5/ - Filotal  
2 cp 2x/d x 14j

0522 36 69 11  
0522 36 74 05  
0522 94 64 90 / 91  
0522 36 05 34

54, شارع غاندي  
20210 الدار البيضاء  
54, Boulevard Ghandi  
20210 Casablanca

6/- Tegane 1 2 1

46,50

سيبتوجيرم



7/- Septin 1 2 1

Dr Imane BEKOUCHI  
Gynécologue - Obstétricienne  
Imm Communale - Ob-Elage  
Hay Hassani - Casablanca  
Gsm: 0661 96 14 04 - Tél: 05 23 30 56 89

PHARMACIE YASMINA  
136, Av Hassan II, Lot Soleil  
Mohammedia  
Tél: 05.23.30.56.89



# CLINIQUE GHANDI

MEDICO-CHIRURGICALE  
54 BD GHANDI  
TEL 0522 36 74 05

## F A C T U R E

N° : 2564 / 2020 du 23/05/2020

Nom patient **GARCH JIHANE**  
**PAYANTS**

Entrée 21/05/2020  
Sortie 23/05/2020

| Désignation des prestations         | Nombre | Lettre Clé | Prix Unitaire | Montant   |
|-------------------------------------|--------|------------|---------------|-----------|
| CHAMBRE GRANDE SUITE                | 2,00   |            | 3 100,00      | 6 200,00  |
| CHAMBRE -CÉSARIENI                  | 2,00   |            | 400,00        | 800,00    |
| BLOC -CÉSARIENI                     | 1,00   |            | 2 500,00      | 2 500,00  |
| FORFAIT CLINIQUE EN HOSPITALISATION | 1,00   |            | 600,00        | 600,00    |
|                                     |        |            | Sous-Total    | 10 100,00 |
| PHARMACIE -CÉSARIENI                | 1,00   |            | 1 500,00      | 1 500,00  |
|                                     |        |            | Sous-Total    | 1 500,00  |
| Total Clinique                      |        |            |               | 11 600,00 |

|   |      |  |            |          |
|---|------|--|------------|----------|
| DR. BEKOUCHI IMANE (gynecologue) -CÉSARIENI   | 1,00 |  | 3 000,00   | 3 000,00 |
| DR. SALAFI/OUDRHIRI (anesthésiste) -CÉSARIENI | 1,00 |  | 1 500,00   | 1 500,00 |
| DR. LAHBABI MOHAMED SAID (pédiatre)           | 1,00 |  | 600,00     | 600,00   |
|   |      |  | Sous-Total | 5 100,00 |
| Total Autres prestations                      |      |  |            | 5 100,00 |

|   |       |           |
|---|-------|-----------|
| Arrêtée la présente facture à la somme de :<br>SEIZE MILLE SEPT CENTS DIRHAMS | Total | 16 700,00 |
|---|-------|-----------|

CLINIQUE GHANDI  
54 Bd Ghandi - Casablanca  
Tel: 05 22 36 74 05  
Rahmoun Sakina

## CLINIQUE GHANDI

## NOTE D'HONORAIRES

Le : 21/05/2020

Références 2 564 / 200523114110375061

PAYANT

Entrée / Sortie : 21/05/2020 - 23/05/2020

Le Dr. BEKOUCHI IMANE

présente à Mme GARCH JIHANE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
3 000,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Chèque

**Dr Imane BEKOUCHI**  
Gynécologue - Obstétricienne  
Imm Communal Rte d'Azemour  
Entrée Bld de l'Etape N° 11  
Hay Hassani - Casablanca  
Gsm: 0661 96 14 04 - Tel: 05 22 930 930

Cachet et signature

## CLINIQUE GHANDI

## NOTE D'HONORAIRES

Le : 21/05/2020

Références 2 564 / 200523114110375062

PAYANT

Entrée / Sortie : 21/05/2020 - 23/05/2020

Le Dr. SALAFI/OUDRHIRI

présente à Mme GARCH JIHANE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
1 500,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Chèque

**Dr. OUACHIRI Said**  
Anesthésiste - Réanimation  
Gsm: 06 61 16 28 71

**SALAFI Moulay A.**  
Anesthésiste - Réanimation  
Gsm: 05 22 36 60 11 / 05 22 36 60 12  
Clinique Ghândi - Casablanca

Cachet et signature

## CLINIQUE GHANDI

## NOTE D'HONORAIRES

Le : 21/05/2020

Références 2 564 / 200523114150375067

PAYANT

Entrée / Sortie : 21/05/2020 - 23/05/2020

Le Dr. LAHBABI MOHAMED SAID

présente à Mme GARCH JIHANE

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de  
600,00 Dhs

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Chèque

**Dr. LAHBABI MOHAMED SAID**  
Anesthésiste - Réanimation  
Gsm: 05 22 36 60 11 / 05 22 36 60 12  
Clinique Ghândi - Casablanca

Cachet et signature

Guerchi. J. Han

NOTE CONFIDENTIELLE DU MEDECIN TRAITANT

1) Date de la Consultation

21/05/2011

2) Renseignements Clinique Sommaire :

Devenir, aspect physique  
SFA en début  
de l'été

3) Traitement envisagé et actes correspondant à la cotation indiquée sur la note réf.

Accès ps GSA

4) Durée prévisible du traitement

Un an

A

CANA

le

21/05/2011

VISA ET CACHET DU MEDECIN

Dr. Guerchi J. Han  
Médecin Généraliste  
Casablanca, N° 11  
06 61 96 18 00  
05 22 530 930

Indice de révision : 02

REF : 451-4-45