

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## Biologie 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.



**MUPRAS**

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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0010907

6523

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2445

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : K. Benada

Date de naissance : 13.07.56

Adresse : H.A.B. Huelle

Tél : 0629-465965

Total des frais engagés : 1522 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HAYAT AHANDAR  
Endocrinologie et Maladies  
Métaboliques  
091187708

Date de consultation : 25/03/2021

Nom et prénom du malade : Benada Jamad

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : 30/03/2021

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
25/03/21	Cs		150,00	

Dr. Hayat AHAN  
Endocrinologue et Métaboliques  
INPE: 09111377

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE LISSANE EDDINE Dr. AZIZA LISSANE EDDINE 69 Bis, Groupement Hayat Al Ouds Sidi Bernabouj Casablanca Tél/Fax: 05 22 740 740	25/03/22	1427,00

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

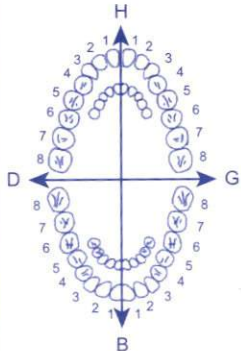
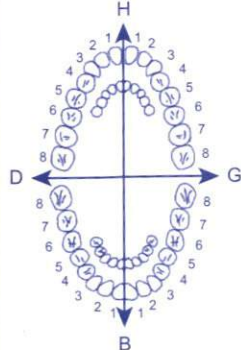
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	[Création, remont, adjonction]		MONTANTS DES SOINS																					
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS																					
		DATE DE L'EXECUTION																						

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE

le 25/03/2014

N° Berra da Jamaad

1) Insuline soluble :  
 $152,50 \times 6 = 915,00$   
22 UI le s/m

2) Glucophage long  
 $2800 \times 6 = 16800$

3) Avelug

$68,80 \times 5 = 344,00$

= 1427,00

PHARMACIE LISSANEEDDINE  
Dr AZIZA LISSANE EDDINE  
69 Bis, Groupe Al Bardo Hoy Al Qods  
Sidi Bernoussi-Casablanca  
Tél/Fax: 05.22.740.740

Dr. Hayat AHABDAR  
Endocrinologie et Maladies  
Métaboliques  
INPE: 081187708

**La** **sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B1  
P.P.V. : 152DH50  
6 118001 081608

**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaâ Casablanca  
Lantus Solostar 100U/ml inj  
b1 sty 3ml  
P.P.V. : 152,50 DH  
6 118001 081508

**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaâ 20250 - Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B1  
P.P.V. : 152DH50  
6 118001 081608

**sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaâ - Casablanca  
LANTUS SOLOSTAR 100U/ML SOL INJ B1  
P.P.V. : 152DH50  
6 118001 081608

**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaâ Casablanca  
Lantus Solostar 100U/ml inj  
b1 sty 3ml  
P.P.V. : 152,50 DH  
6 118001 081508

**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain Sebaâ Casablanca  
Lantus Solostar 100U/ml inj  
b1 sty 3ml  
P.P.V. : 152,50 DH  
6 118001 081608

LOT 200408  
EXP 03/2023  
PPV 28.00DH

22,50  
LOT 200725  
EXP 04/2023  
PPV 28.00DH

LOT 200167  
EXP 02/2023  
PPV 28.00DH

LOT 1919  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg. cp b 30  
P.P.V. : 68,80 DH  
6 118001 081325

**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg. cp b 30  
P.P.V. : 68,80 DH  
6 118001 081325

**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg. cp b 30  
P.P.V. : 68,80 DH  
6 118001 081325

**Sanofi-aventis Maroc**  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaâ Casablanca  
Amarel 4 mg. cp b 30  
P.P.V. : 68,80 DH  
6 118001 081325



POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI  
HAY EL-QODS  
20600 CASABLANCA  
Tél: 0522-73-15-32/73-16-20 Fax: 0522-73-15-72  
INPE: 090001546 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	497333	N° SEJOUR :	210009806	<b>FACTURE N° 2102004044</b>		DATE D'ENTREE : 25/03/2021		DATE DE SORTIE : 25/03/2021			
ASSURE :				DESTINATAIRE : <b>KABAILOU-BERRADA,Jaouad</b>							
MALADE : KABAILOU-BERRADA,Jaouad											
NOM JEUNE FILLE :											
TIERS PAYANT 1 :											
TIERS PAYANT 2 :				UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI							
REF. PC 1 :				N° IMMAT C.N.S.S :							
REF. PC 2 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :							
				N° SE. SOC. ETRANG. :							
NATURE DE PRESTATION		LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1 % / Dh MONTANT		TIERS PAYANT 2 % / Dh MONTANT		PART DU MALADE % / Dh MONTANT	
CONSULTATION DE MEDECIN CONSULTATION DE SPECIALISTE		Cs	1.00	150.00	150.00					0.00 150.00	

Intervenant : 100093 DR. AHANDAR HAYAT	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS		PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
		REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
		RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 25/03/2021	EDITEE LE : 25/03/2021	PAR: LAHBAR	ACCIDENT DE TRAVAIL					
VISA			N° DE POLICE :		DATE AT :			
			Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - SIDI BERNOUSSI			
			BANQUE :		BMCE - BERNOUSSI			
			N° compte bancaire :		011780000049210006006888			