

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## 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- 0006596

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

86253

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4151

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUKDOUR Brahim

Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : CASA

Tél. : 06 63 47 18 51

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur Abdelkader ELMADI  
MEDECINE GENERALE  
Echographie Générale  
153 Rue 25, Bd. Panoramique  
Bordj Moudjahid Casablanca  
Tél: 05 22 21 11 12 - INPE : 091057711  
Aut. N° : 4994

INPE : 091057711

Date de consultation : 28 SEP 2021

Nom et prénom du malade : BOUKDOUR Brahim

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 : CASA

Le : 28/09/2021

Signature de l'adhérent(e) : Boukhour

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
12/09/21	C	9	150	
INPE : 091057711				

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28/09/21	1405,80

# 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	
	28/09/21					90.00

# 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 canalaires, 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		
<div> <div>H</div> <div> <div>25533412</div> <div>00000000</div> </div> <div>D</div> <div> <div>00000000</div> <div>35533411</div> </div> <div>B</div> <div> <div>21433552</div> <div>00000000</div> </div> <div>G</div> <div> <div>00000000</div> <div>11433553</div> </div> </div>		Coefficient DES TRAVAUX
<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>		MONTANTS DES SOINS
		DATE DU DEVIS

Docteur Abdelkader EL MADI

MEDECINE GENERALE

Diplômé en Echographie Générale  
de la Faculté de Médecine de Montpellier

الدكتور عبد القادر الماضي

الطب العام

دبلوم الكشف بالصدى  
خريج كلية الطب بمونبيلي - فرنسا

Casablanca le : 28 SEPT 2021

الدار البيضاء في

Boulevard Boudou

841

Urinaria



250 cm

45, 50 x 3

1 cm d'm d'ur

89

44, 50 x 3



1/2 cm d'm d'ur

97, 50 x 3



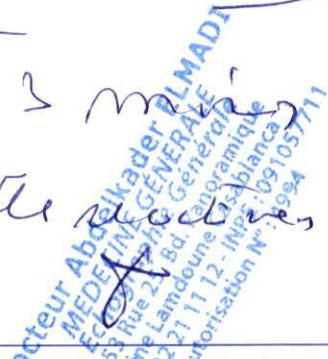
140, 50 x 3

PACE PARA ET DIABETE

6, Rue Ahmed Al Majidi Rés. Les Alpes  
MAG N°3 Maârif - Casablanca

1 cm banchette

me grescence



153, Rue 25 Bd. Panoramique Bine Lamdouni - Casablanca 153 بين المدن شارع بانوراميك المنطقة 25 الرقم

الهاتف: 05 22 21 11 12 - رقم الرخصة 4994 - رقم التعريف الموحد 001778217000037

Tél : 05 22 21 11 12 - Autorisation N° 4994 - ICE : 001778217000037 - INPE : 091057711

8-9678-73-270-2  
Levemir® FlexPen®  
100U/ml  
Solution injectable  
5 stylos pré-remplis de 3ml  
PPV : 841 DH



6 118001 121281

45,20

45,20

89,00

54,30

45,20

**200 mg**

LOT 200074

EXP 12/23

PPV 97DH50

**5 comprimés**

**200 mg**

LOT 213006

EXP 02/24

PPV 97DH50

**25 comprimés**

**200 mg**

LOT 213006

EXP 02/24

PPV 97DH50

**25 comprimés**

**Contour™ plus**

کونٹور پلاس / کنٹور پلاس

Blood Glucose Test Strips  
Bandelettes réactives de glycémie

شرائط اختبار جلاوكوز الدم

نوارهای تست قند خون

For self-testing • Pour l'auto-surveillance

للاختبار الذاتي • جهت خود پایشی



2797



0°C 30°C




5 016003 763502



# ESPACE PARA ET DIABETE ROUDANI . SARL

client :  
BOUKDOUR Brahim

Facture	Date
21023/021	28/09/2021

Désignation	Qté	Prix Net	TotalTTC
BANDELETTES	1	90,00	90,00
			

HT	T.V.A 20%	total
		90,00

13, Rue Ahmed Al Majjati, Résidence les Alpes, Maarif - Casablanca \_  
Tél : 0522 99 28 79 / 0666 78 74 02 / 0660 12 74 00

Patente : 35775341 - RC : 286381 - IF : 14451958