

# 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.

## Educateur :

- 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.

## Prothésiste :

- 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.

## Adresses Mails utiles

- Information : contact@mupras.com
- Personne en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0058465

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

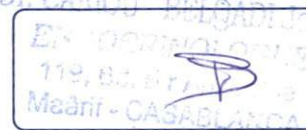
☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4256 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 87579  
 Nom & Prénom : GHABBAR MOUSTAFA  
 Date de naissance : 18/05/61  
 Adresse : 16 RUE MESK ELUE Hay RAHA 20200  
 Tél : 0661965316 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/09/2021  
 Nom et prénom du malade : BENDOUKOU KAVIMA Age : 1960  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète, Osteoporose  
 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : @


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
27.09.21	G	9	2.50,00	 Maârif CASABLANCA


# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Pharmacie Al Wajid 67, Rue des Roses A. Cote Masjid Annour Beausejour 0522 36 84 30 - Casablanca	27.09.21	1945,25

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

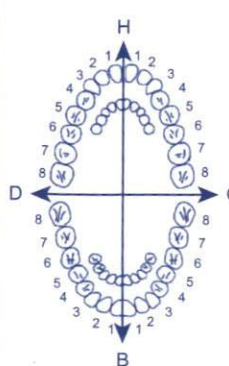
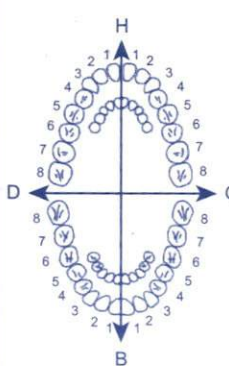
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
 Medimed 50, Rue des Hôpitaux - 20540 Casablanca Tél : +212 522 29 58 02 / +212 661 10 08 41 Fax : +212 522 20 67 83	08.10.21					600,00

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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

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														
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21433552												
	D	00000000	00000000												
	G	00000000	00000000												
	B	35533411	11433553												
			MONTANTS DES SOINS												
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> 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



Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

بلقاضي جوييل

أمراض الغدد والتغذية

مدرسة كلية الطب بباريس



6118001031030  
**Galvus® 50 mg**  
Boîte de 60 comprimés.

PPV : 390 DH

Boîte de 60 comprimés.  
PPV : 390 DH

LOT: 210729  
DLUO: 08/2024  
87,00DH

Casablanca, le : 17/09/21

m<sup>4</sup> BEN DOUROU Karime



GALVUS 50 1 cp le matin.

FOSAVANCE 5600 1 le matin

en milieu

Duone Forte 1 dose ts les 2

87,001 perle de semelles silicone pl.

velocum 300 1 le soir - 1 mc

PHYTOL sirop.

NASONEX

chandeliv 1g sachets 1/2



6118001160471  
**Fosavance 5600 UI**  
4 comprimés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH



6118001160471  
**Fosavance 5600 UI**  
4 comprimés  
DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA  
P.P.V: 193,60 DH



Medimed  
50, Rue des Hopitaux, 20360 Casablanca  
Tel.: +212 522 29 68 02 / +212 561 10 08 41  
Fax.: +212 522 20 67 83

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle  
ENDOCRINOLOGIE METABOLISME  
119, Bd. du 11 Novembre 1956  
20100 CASABLANCA

**CLAVULIN**  
AMOXICILLINE + ACIDE CLAVULANIQUE

**1g / 125 mg**

..... sachet(s) ..... fois par jour à  
prendre de préférence au début des repas  
pendant ..... jours.  
Lire attentivement la notice avant en-  
treprise. Ne pas prendre plus d'une fois par jour.  
Une fois par jour, à l'heure du repas.  
Uniquement sur ordonnance.

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

PPV: 120,40 DH  
LOT: 644300  
PER: 11/21

**NASONEX 50 µg/dose**  
Suspension pour pulvérisation nasale  
Flacon de 40 doses  
P.P.V: 56,20 DH  
Distribué par MSD Maroc



6 111261 750093  
PPC : 77,45 DHS

119, Bd.  
Tél.: 05 2



70058199/00-1  
ANM 29417 DMP/21/NRQ



6118001160471

**Fosavance 5600 UI**

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

**P.P.V: 193,60 DH**

70058199/00-1  
ANM 29417 DMP/21/NRQ



6118001160471

**Fosavance 5600 UI**

4 comprimés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA

**P.P.V: 193,60 DH**



**CLIENT COMPTOIR**

Adresse : 14, rue Zaki Eddine Taoussi -ex  
Ch?ps , Hermitage - H?itaux  
Téléphone :

ICE :

**FACTURE N° F217126**

Date	08/10/21
Nom Patient	KARIMA BENDOUROU

Banque : Attijariwafabank  
Agence: centre d'Affaires Abdelmoumen  
RIB : 007 780 001030500000186 69

Désignation	Qté	PU HT	Montant
SEMELLE ORTHOPEDIQUE	1,00	600,00	600,00

**VENTE EN EXONÉRATION T.V.A**  
(article 91-VI-2 du code Général des Impôts)

**NET A PAYER****600,00**

Cachet et Signature:

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Six cents Dirhames

 **Médimed**  
50, Rue des Hôpitaux, 20360 Casablanca  
Tél: +212 522 29 68 02 / +212 661 10 08 41  
Fax: +212 522 20 67 83

Tout retard de règlement supérieur à 30 jours, entraîne l'application de pénalités de retard ; ceci conformément à la législation du droit du commerce en vigueur. Tout litige sera de la compétence des tribunaux de Casablanca .

Merci de bien vouloir libeller tous vos chèques avec la mention " non endossable " ( barrée ) .

s.a.r.l au capital de 1.000 000,00 dhs.Siège : 50, Rue des hôpitaux Quartier des hôpitaux. 20360 Casablanca Maroc . ICE : 001344020000033  
IF 1087480 / Patente: 36316050 / RC: 111123. Banque : AWB - Agence: centre d'Affaires Abdelmoumen - RIB : 007 780 001030500000186 69  
Tel: 212 522 29 68 02/ 212 522 22 23 20 /212 661 26 30 25 Fax 212 522 20 67 83 Web: www.medimed.ma Email: contact@medimed.ma