

# 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 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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

36591

N° W19-433190

12 AOUT 2020

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5237

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BELFADIA

Abderrazzik

Date de naissance :

03 02 1962

Adresse :

Obi (otis) moul Alayoun G. Cass

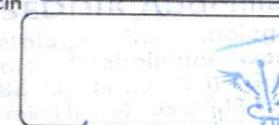
Tél. : 066 116 5395

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

23 / 6 / 2020 13 AOUT 2020

Nom et prénom du malade :

BELFADIA Abderrazzik

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

BD vid

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 : 23/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

### 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
23/6/2020	1	5	200,00	INP : 071126403 Signature

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Dr. FARGOUD Ezzeddine Abdellah Ben Ali	23.06.2020	13.11.00
Parmi les Assaada Ben Ali - Mousch		

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

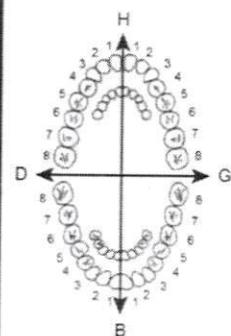
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

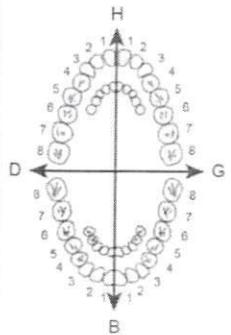
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DEBUT D'EXECUTION	
FIN D'EXECUTION	
COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. SEDDIK Abdellmajid**

Diabétologie - Endocrinologie  
et Maladies Métaboliques-Obésité

I.C.E: 001625819000043

**الدكتور الصديق عبد المجيد**

داء السكري - أمراض الغدد الصماء  
الأمراض الإستقلابية - السمنة

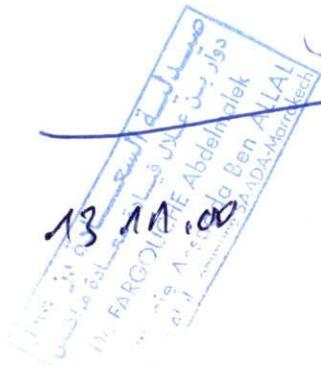
Marrakech, le : 23/6/2020  
مراكش، في :

RABELFADLA  
Abdelmajid

$437,00 \times 3$  - ANNUETÉ / 1000  
3100 + 56

0 ٦٧١

↑ ↑  
SV 3mgs



69, Bd. My Rachid, N°1 - Guéliz - Marrakech - Tél. : 05 24 43 56 55/05 24 43 98 62 - الهاتف : 05 24 43 56 55/05 24 43 98 62 - شارع مولاي رشيد رقم 1 - جلizi - مراكش

Rapporter l'Ordonnance S.V.P. - Consultation sur Rendez-Vous

Respecter les doses prescrites  
احترموا الجرعات الموصدة

Uniquement sur ordonnance – Liste I  
بصفر فقط بوجود وصفة طبية – قاتمة 1  
Liste I – Uniquement sur ordonnance

700272234/01014-1



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

# Janumet® 50 mg/1000 mg



جانوميت 50 ملجم / 1000 ملجم

Comprimés pelliculés; أقراص مغلفة

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليپتين / ميتفورمين هايدروكلورايد

Merck Sharp & Dohme Ltd.  
Hertford Road, Hoddesdon  
Hertfordshire EN11 9BU  
United Kingdom

Respecter les doses prescrites  
احترموا الجرعات الموصدة

Uniquement sur ordonnance – Liste I  
بصفر فقط بوجود وصفة طبية – قاتمة 1  
Liste I – Uniquement sur ordonnance

700272234/01014-1



6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg

AMM 59DMP/21/NCI

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUÉ PAR MSD MAROC P.P.V : 437,00 DH

# Janumet® 50 mg/1000 mg



جانوميت 50 ملجم / 1000 ملجم

Comprimés pelliculés; أقراص مغلفة

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليپتين / ميتفورمين هايدروكلورايد

Merck Sharp & Dohme Ltd.  
Hertford Road, Hoddesdon  
Hertfordshire EN11 9BU  
United Kingdom

Respecter les doses prescrites

احترم الاعوام الموصدة

Uniquement sur ordonnance – Liste 1

يصرّف فقط بوربو دو صفة طبية – قانصة 1

Liste 1 – Uniquement sur ordonnance

6 118001 160495

JANUMET® 50/1000 mg

Sitagliptine/Méformine hydrochloride

Boîte de 56 comprimés pelliculés

DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.M. : 440 DH



865611/1602/0-2



# Janumet® 50 mg/1000 mg

جانوميت 50 ملجم / 1000 ملجم

أقراص مغلفة

Sitagliptine/chlorhydrate de metformine;

سيتاجليپتين / مينفورمين هايدروكلورايد

Merck Sharp & Dohme Ltd.  
Hertford Road, Hoddesdon  
Hertfordshire EN11 9BU  
United Kingdom