

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° P19- 054800

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8662 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAJI M
Date de naissance : 23/11/61
Adresse : H.
Tél. : 0689253822 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

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

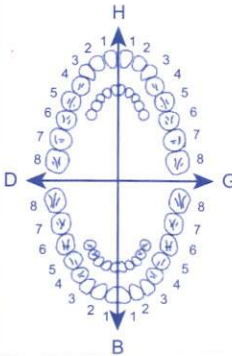
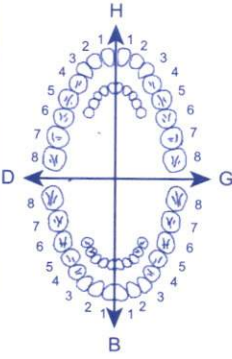
[illegible]

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Siège social
83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc
Tél. : 0522 31 21 63 - 0522 31 01 69 - Fax : 0522 31 38 84

Tél. : 0522 31 21 63 - 0522 31 01 69 - Fax : 0522 31 50 54
S.A au capital de 1.700.170.800 CHF - Entreprise régie par la loi n° 17-89 portant code des assurances
www.rmaassurance.com



RMA

ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration

☐ Maladie

☐ Maternité

Optique

Clinique

☐ Traitements spéciaux

N° d'affiliation

Intermédiaire :

Souscripteur :

Cachet du souscripteur :

N° de police :

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

Adresse :

Renseignements concernant le malade

Norm et prénom : FANJAOLI NADIA


Lien de parenté :

Montant des frais engagés : 1001,1 DH DHS.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

Fait à Casa, le 04.07.2022 Signature de l'assuré(e)

Signature de l'assuré(e)



Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade :

FANTASIE NADIA

Date de naissance :

leture de la maladie :

offer replacement of

cas d'accident :

iser causes et circonstances)

Dr. MANBOUB Abdelouahed
Pneumo - Allergologue
Bd Mohamed Bouaziz Res. Fardja 3
2^{ème} Etage Apt. 7 - Casablanca
Tél.: 0522 55 08 09 - NPE: 051049643

e des prestations

[illegible]

Dr. MAHBOUB Abdelouahed
Pneumo - Allergologue
Bd. Mohamed Bouaziz, Rés. Fahs
2ème Etage Appr. 7 - Casab
Tél.: 0522 55 08 09 - INPE: 09

Pharmacie

Factures

Date

Montant

1-7-2022 751,10

IMP: 09205009

Signature & cachet

Pharmacie RIAD AL ANDALOUS
Bis, Rue 19 - ANDALOUS
Tel: 022 50.07.76
ASABLANCA

Recommandations importantes

- Etablir une déclaration par personne et par maladie.
- La déclaration doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives (ordonnances médicales, résultats des examens de radiologie et laboratoire).
- Joindre à la déclaration de maladie les vignettes ou à défaut les prospectus et le P.P.M. concernant les médicaments.
- Lorsque la personne malade bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par cet organisme.
- En cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : joindre une facture détaillée et dûment acquittée sur laquelle devra être précisé l'ensemble des prestations.
- Délai de remise des pièces : toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises à l'assureur trois mois au plus tard après la cessation des soins.
- Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la loi n°17-99 portant co

→ Toute réclamation doit être...

Dr. MAHBOUB Abdelouahed

Ex Médecin Chef de service de pneumophthisiologie
Spécialiste de l'Appareil Respiratoire,
Allergies, Asthme, Tuberculose
Sevrage Tabagique, Tests d'Allergie
Exploration fonctionnelle respiratoire
Endoscopie Bronchique

الدكتور عبد الواحد محبوب

رئيس قسم الأمراض الصدرية سابقا
اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسي
الحساسية، الربو (الضيق)، السل
الاقلاع عن التدخين، تحليل الحساسية
فحص وضيقية التنفس
التنظير القصبي

Ordonnance

Casa, le 01/7/2022

FANJAOUI Nadia

(S.V)

42,00 ① Prednisone 4mg
14/1 x 5 14/1 pour apnée phary

88,00 ② Carte ③ S.V Pharmacie RIAD AL ANDALOUS
14/1 de rue Rue 19 - ANDALOUS
Tél: 022 50.01.76

119,00 ③ Ritonal 150 mg
2 phs 14/1 pour 14/1 x 14/1

(S.V)

297,00 ④ ~~2 phs 14/1 pour 14/1~~
~~14/1 pour 14/1~~

(S.V)

⑤ Symbrant 400 mg
14/1 pour 14/1

(S.V)

① Taramé sup
205,00 19407

T: 75A 10



Dr. MAHBOUB Abdelouahed
Pneumo - Allergologue
Bd. Mohamed Bouaziane, Rés. Farhatine 5
2^{ème} Etage Appr. 7 - Casablanca
0522 55 08 00 - INPE: 091049643

Pharmacie RIAD AL ANDALOUS
37 Bis, Rue 19 - ANDALOUS
Tél: 022 50.01.76
CASABLANCA

Siège social

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc
Tél. : 05 22 31 21 63 - 05 22 31 01 69 - Fax : 05 22 31 38 84

S.A. au Capital de 1.796.170.800 de DH - R.C. 15.207 - C.N.S.S. 111.6666

PATENTE : 35101950 - I.F. 01084830 - ICE : 001530601000041

Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances

www.rmaassurance.com



RMA

ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

FEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE

Employeur : FONDATION DU ROI IBN ABDELAZIZ AL SAOUD						Page 1/1	
Assuré : FANJACUI EP HAITI NADIA						Rer (C / V) : 02926232	
N° Affiliation : 00132406 00 000117						N° Externe :	
Personne soignée : FANJACUI EP HAITI NADIA						Date ouverture : 14/07/2022	
N° sinistre : 2022001 00						Date règlement : 15/07/2022	
Nature de la maladie :							

Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
CONSULT.SPEC.	0	0	250.00	250.00	80.00	200.00
PHARMACIE	0	0	751.10	751.10	80.00	600.88
TOTAL			1001.10	1001.10		800.88
						Montant A Rembourser
						800.88