

# 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

- Reclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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.

M22-0032393

**Maladie**       **Dentaire**       **Optique**       **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **4161**      Société : **...**

Actif       Pensionné(e)       Autre : **...**

Nom & Prénom : **HUIZA HACIM**      Date de naissance : **138183**

Adresse : **...**

Tél. : **...**      Total des frais engagés : **...** Dhs

Autorisation CNPD N° : A-A215 / 2019

## 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 : **...**

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Pathologie : **...**

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) : **...**

## 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## 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	

## RELEVE 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 de l'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

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

A diagram of a dental arch (maxilla) with 12 numbered teeth. The teeth are arranged in a curve, with the first molar at the bottom left and the second molar at the top right. A vertical line passes through the center of the arch, with a downward-pointing arrow at the bottom labeled 'B'.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LA VÉRITÉ DE LA DEMANDE



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 : ..... KAMEL KHAUDI

Adresse : ..... 179 Bd Roudouai à Tanger

### Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : ..... KAMEL KHAUDI Lien de parenté : .....

Montant des frais engagés : ..... DHS. 377,00

ste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

, le ..... Signature de l'assuré(e)

## Pharmacie

### Factures

Date

Montant

26-10-22

227,30

### Signature & cachet

**PHARMACIE ZYMA**  
27, Rue Ahmed KADMIRI  
Cité Plateau Lycée Al Waha  
Tel : 022.99.43.56 - Casa

### 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.

En cas de remise des pièces : toutes les pièces concernant une maladie ou un accident d'



Dr. Sadiki Wiam  
Médecine Générale

Diplômée de la Faculté de médecine  
et de pharmacie de Casablanca



المساعد الشخصي والمهني  
لكل العيادة

مختبرات زينة للطب والجراحة المعاصرة

العيادة والمستوصف المعاصر

Casablanca, le : 26/10/2022

1) 45 KsmeL KR Alid

25/10/2022  
1) Azix 500mg (N2)

140 mg x 10 6 gms

20.0  
21 Panadol Extra

15.00 14 x 3  
3) Vit C 1000mg (pour deux)

32.00 14 x 3  
4) Doli (104) 8268 (date) on Mars

1) 105 x 3

1) 105 x 3

22.30

Lotissement Ennasr, Bloc 14, Numéro 74, 1er étage, Ouled Salih, Nouaceur - Casablanca  
العنوان: بلومنج 14، رقم 74، الطابق الأول، أولاد صالح، التوامس - الدار البيضاء  
الهاتف: 010 63 98 96 - تلفون: 07 01 13 11 11  
TÉL: 010 63 98 96

**PHARMACIE ZYNA**  
27, Rue Ahmed KADMIRI  
Cité Plateau Lycée Al Waha  
Tél : 022.99.43.98 - Casa

Dr SADIKI Wiam  
Médecin Généraliste  
Lot Ennasr, Bloc 14, N° 74,  
1er étage, Ouled Saleh, Nouaceur  
Casablanca - Tel: 070 156122

Partie réservée au praticien traitant

**Nom et Prénom du malade**

Kamal A. Rashed

Date de naissance

### **Nature de la maladie**

Basin R.R. after

## Pharmacie

## Features

Date

26-1

*En cas d'accident :*

(preciser causes et circonstances).

Dr SADIKI YOUSSEF  
Medecin Generaliste  
Lot Binnas, Boro-14, N° 74,  
1er étage, Ouled Saleh, Nouacer  
Cas-blanca - Tel: 0701156122

### **Nature des prestations**

### Praticien

2611d  
8/27/88

Edna P.

### Ordonnance - Honoraires

### Honoraria

### Cachet et signature du praticien

Dr SADIKI William  
Médecin Généraliste  
Lot Ennasr, Bloc 14, N° 74,  
1<sup>er</sup> étage, Ouled Saleh, Nouaceur  
Casablanca - Tel: 0701156122

## Médecin traitant

## illaires jeaux

### RecoI

- Eta
  - La
  - Ji
  - C

**Siège social**

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc  
 Tel : 05 22 31 21 63 - 05 22 31 01 69 - Fax : 05 22 31 38 84  
 S.A. au Cap. al 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](http://www.rmaassurance.com)



**RMA**

ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

**FEUILLE DE DECOMpte DESTINEE A L'ASSURE**

Employeur	MAROC BUREAU						Page 1/1
Assuré	KAMEL KHALID						
N° Affiliation	00130838 00 002525						Réf (C / V) : 02950509
Personne soignée	KAMEL KHALID						N° Externe :
N° sinistre	20220125 00						Date ouverture : 03/11/2022
Nature de la maladie							Date règlement : 04/11/2022
Nature des Prestations	Cotation H.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement	
CONSULTATION	0	1	150.00	150.00	85.00	127.50	
PHARMACIE	0	0	227.00	227.00	85.00	192.95	
TOTAL			377.00	377.00		320.45	
							Montant A Rembourser
							320.45

FOR-OMADA VERSION 01 DU 15.07.1996

**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  
 ATENTE : 35101950 - I.F. 01084830 - ICE : 001530601000041  
 Entreprise agréée par la loi n° 17-99 portant code des assurances  
 www.rmaassurance.com

**FEUILLE DE DECOMpte DESTINEE A L'ASSURE**

Employeur	MAROC BUREAU					Page 1/1
Assuré	KAMEL KHALID					
N° Affiliation	00130839 00 002525					Réf (C / V) : 02950509
Personne soignée	KAMEL KHALID					N° Externe :
N° atteste	2022025 00					Date ouverture : 03/11/2022
Nature de la maladie						Date règlement : 04/11/2022
Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
CONSULTATION	0	0	150.00	150.00	85.00	127.50
PHARMACIE	0	0	227.00	227.00	85.00	192.95
<b>TOTAL</b>			<b>377.00</b>	<b>377.00</b>		<b>320.45</b>
					<b>Montant A Rembourser</b>	<b>320.45</b>

FOR-GMADA VERSION 01 DU 15/07/1996

**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](http://www.rmaassurance.com)



**RMA**

ROYALE  
MAROCaine  
D'ASSURANCE

**FEUILLE DE DECOMpte DESTINEE A L'ASSURE**

Employeur	: MAROC BUREAU					Page	1/1
Assuré	: KAMEL KHALID					Réf (C / V)	: 02950509
N° Affiliation	: 00130839 00 002525					N° Externe	:
Personne soignée	: KAMEL KHALID					Date ouverture	: 03/11/2022
N° sinistre	: 2022025 00					Date règlement	: 04/11/2022
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	
CONSULTATION	0	0	150.00	150.00	65.00	127.50	
PHARMACIE	0	0	227.00	227.00	65.00	152.95	
<b>TOTAL</b>			<b>377.00</b>	<b>377.00</b>		<b>320.45</b>	
						<b>Montant A Rembourser</b>	
						<b>320.45</b>	