

# 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.



## Déclaration de Maladie

M22-110032393

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4164 Société : 138478

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AILA HAKIM 138183

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27 NOV. 2022

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 : 27/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : 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.

**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



### 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

### 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

**Important :**

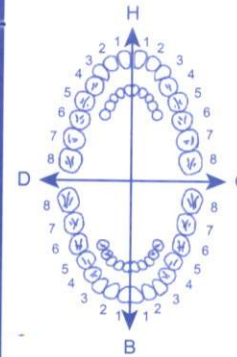
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

#### 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

H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

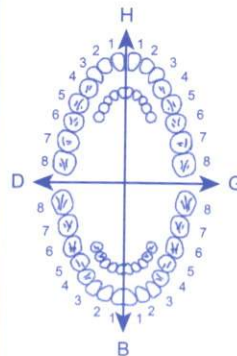
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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





**RMA**

ROYAUME  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

تصريح بالمرض

## Déclaration de maladie

### Type de déclaration

☒ Maladie ☐ Maternité ☐ Optique ☐ Clinique ☐ Traitements spéciaux

N° d'affiliation : ..... Intermédiaire : .....

Souscripteur : MARA-BUREAU Cachet du souscripteur : .....

N° de police : .....

Adresse : .....

### Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : KAMEL KHAUO

Adresse : 179 Bd ROUOARI N°101 CAS

### Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : KAMEL KHAUO Lien de parenté : PP

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

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

CASA, le 10/09/2011 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 : 022.95.43.95 - 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.

Défini de remises 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



الجمعية المغربية  
للطب العام  
الطبيب  
خريجة كلية الطب  
و الصيدلة والدار البيضاء

Casablanca, le : 26/10/2022

M<sup>r</sup> Kamel Khaled  
22x22  
1) Azix 500mg (N2)  
1 cp 1/2 par 6h

**PHARMACIE ZYMA**  
27, Rue Ahmed KADMIRI  
Cité Plateau Lycée Al Wana  
Tél : 022.99.43.96 - Casa

20.00  
2) PANDOL Extra

15.30 2 cp x 2  
3) Vitec 1000mg (sans sucre)

32.80 1 cp  
4) Doli (104x3) sans sucre / on mange  
7.00 3x3

**Dr SADIKI Wiam**  
Médecin Généraliste  
Lot Ennasr, Bloc 14, N° 74,  
1er étage, Ouled Saleh, Nouaceur  
Casablanca - Tél: 0701156122

227.30

Lotissement Ennasr, Bloc 14, Numéro 74, 1er étage, Ouled Saleh, Nouaceur - Casablanca  
منطقة النعصر - بلوك 14، رقم 74، الطابق الأول، أولاد صالح، النواصر - الدار البيضاء  
Tél: 08 08 63 98 96 - الهاتف : 07 01 15 61 22 - Urgence 207 01 15 61 22



## Pharmacie

Kamal K. R. R. R.

Date de naissance

### Nature de la maladie

Don't be afraid

En cas d'accident :

(préciser causes et circonstances)

DI SADIKI Wiliam

Medwin Sene  
Lot Emissi, Bloc 14, N° 74,  
1er étage, Ouled Saleh, Nouaceur  
Casablanca - Tel: 0701156122

### Nature des prestations

Nature des prestations		Cas	Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
Médecin traitant				26/11/02	08		170,00	Dr SADIKI Wiam Médecin Généraliste Lot Ennasr, Bloc 14, N° 74, 1 <sup>er</sup> étage, Ouled Saleh, Nouaceur Casablanca - Tel: 0701156122
Pharmaciens								
Autres								
Totaux								

## Fractures

Date \_\_\_\_\_

26-1

Reco

- Eta
- La  
(o
- J  
C
- I



**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 DECOMPTÉ DESTINÉE A L'ASSURÉ**

Employeur	: MAROC BUREAU	Page 1/1				
Assuré	: KAMEL KHALID	Ref (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	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



**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 DECOMPTÉ DESTINEE A L'ASSURE**

<b>Employeur</b> : MAROC BUREAU						<b>Page</b> 1/1	
<b>Assuré</b> : KAMEL KHALID							
<b>N° Affiliation</b> : 00130839 00 002525						<b>Réf (C / V)</b> : 02950509	
<b>Personne soignée</b> : KAMEL KHALID						<b>N° Extérie</b> :	
<b>N° sinistre</b> : 2022025 00						<b>Date ouverture</b> : 03/11/2022	
<b>Nature de la maladie</b> :						<b>Date règlement</b> : 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>	



**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	: 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	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