

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0034251

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4151 Complémentaire Société : 138186

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HILA HAKIMA

Date de naissance :

Adresse : 179 Bd Roddhi n°14 GSA

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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      Montant détaillé des Honoraires

A M      P C      I M      I V

# 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

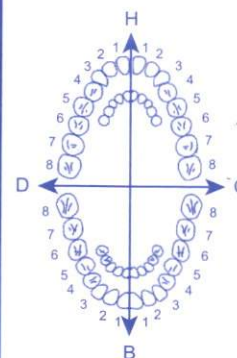
Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION



# O.D.F PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

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

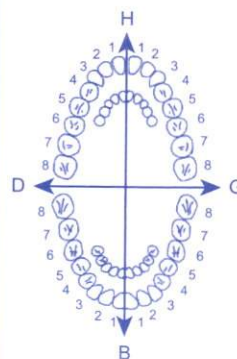
(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CCEFFICIENT  
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

siège social  
83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc  
Tél : 0522 31 21 63 - 0522 31 01 69 - Fax : 0522 31 38 84  
SA au capital de 1.796.176.800 DH - Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances  
www.rmaassurance.com



**RMA**

ROYAUME  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

تصريح بالمرض

## Déclaration de maladie

### Type de déclaration

☒ Maladie ☐ Maternité ☐ Optique ☐ Clinique ☐ Traitements spéciaux

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

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

N° de police : .....

Adresse : .....

### Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : KAMEL - KHAALID

Adresse : 179 Bd Brahim Randoussi n° 10/C GSA

### Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : KAMEL KHAALID

Lien de parenté : M/M

Montant des frais engagés : .....

DHS : 2159,00

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

Fait à GSA, le 14/10/11 Signature de l'assuré(e) [Signature]



xne3/p  
 50/11/10

11/11/11

13/07/2013

DATE \_\_\_\_\_

Act of  
coefficient

Ordering

THE HOUSE

Cherchez et achetez

Nature des prestations

En cas d'accident : .....

Nature de la maladie :

Nom et Prénom du malade

Date of birth

Partie réservée au praticien traitant

Go Nva Thakos

Trinity

~~Thames~~

# Pharmacie

## Signature & cachet

### Factures

Date

Montant

12/11/22

704,50

صيدلية مستشفى الفاتح  
PHARMACIE HÔPITAL AL FATHI  
N° 6 Rue 1011  
Ain Sebaa - Doublanca  
Tél : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 36 24 62  
E-mail : al.fath@orange.tn

## 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.

Cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : joindre une facture détaillée et dûment justifiée sur laquelle devra être précisé l'ensemble des prestations.

En cas de remise des pièces : toutes les pièces concernant une maladie ou un accident de travail ou un accident des soins.



Casablanca le 03/10/2022

Dr. Mustapha AKKI  
Spécialiste en Radiologie  
Lauréat de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Ex-enseignant à la Faculté de  
Médecine

Dr. M. AZ EL-ARAB BERRADA  
Spécialiste en Radiologie  
Enseignant à la Faculté de  
Médecine

Hakima BENKIRANE  
Benjelloun  
Spécialiste en Radiologie  
Docteure de la Faculté de  
Médecine de Nancy  
Attachée au CHU Ibnou Rochd  
Université de Paris  
Spécialiste de la femme

Dr. HANAFI  
Spécialiste en Radiologie  
Docteure de la Faculté  
de Médecine de Bruxelles  
Médecin hospitalier  
Université de Paris  
Spécialiste Conventionnelle  
et Non Conventionnelle

PATIENT : KAMEL KHALID  
MEDECIN TRAITANT : DR. HATTOMA NABIL  
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX. DES 2 GENOUX F/P  
A.

Mise en évidence d'un pincement fémoro-tibial et fémoro-patellaire plus prononcé au niveau des versants internes associé à une ostéosclérose sous chondrale et à une ostéophytose marginale modérée.  
Absence de modification des parties molles péri-articulaires.  
Absence d'ostéo-chondrome intra-articulaire.

Conclusion :  
Gonarthrose bilatérale modérée.

Confraternellement  
DR BENKIRANE H.  
INPE : 091023531

N/B : Pour visualiser les images et le compte rendu de ce patient sur votre PC,  
utilisez le lien :

<http://105.159.250.200:8088/images>

Login : AK474477

Mot de Passe : AKI78023

mp  
Imagerie Multi-barettes  
Imagerie Vasaire  
Imagerie Numérique  
Imagerie/Tomosynthèse  
Imagerie Couleur  
3D, 4D  
Imagerie morphologique

CENTRE DE RADIOLOGIE  
ABOU MADI

مركز الطب الاشعاعي  
أبو ماضي



Nom & prenom : KAMEL KHALID

FACTURE N° : 22/019380

Date : 03/10/2022

	Montant
<u>Examen</u>	
DEFILES F EM PATEL 30°, 60°, 90°	600,00
ES 2 GENOUX F/P	600,00
	<u>Total Montant</u>
	1 200,00

sente Facture à la somme de:  
LE DEUX CENT DIRHAMS

TPE Le 03/10/2022

bancaire

RADIOLOGIE ABU MADI  
27, Rue 111, Casablanca  
Tél: 0539 12 12 12

RE. MURRI HATTI-TOGA  
MURRI HATTI-TOGA  
MURRI HATTI-TOGA  
MURRI HATTI-TOGA

MURRI HATTI-TOGA  
MURRI HATTI-TOGA  
MURRI HATTI-TOGA  
MURRI HATTI-TOGA

RE. BARTI BIRALI

1971, 1972, 1973  
MURRI HATTI-TOGA

1. Le droit de vote de chaque électeur est de 1000

MURRI HATTI-TOGA MURRI HATTI-TOGA MURRI HATTI-TOGA

1. Le droit de vote de chaque électeur est de 1000



1971, 1972, 1973

*[Faint, mostly illegible text and signatures]*

PROCHAIN RDV LE :

১-৩। ৪। ৫। ৬। ৭। ৮। ৯। ১০। ১১। ১২। ১৩। ১৪। ১৫। ১৬। ১৭। ১৮। ১৯। ২০।

DOCTEUR NABE MATTONIA  
CHIRURGEN-ORTHOPEDISTE  
TRAUMATOLOGUE  
511 KALIFORNIA  
CALIFORNIA ROAD  
91.07225852

RE DES 2 GENOUX FACE ET PROFIT EN CHARGE

INCIDENCE FEMUR PATELLAIRE DROIT ET GACHE 30°, 60°, 90°

(Faire pratiquer SVP)

MR KAMEL KHALID

DR. NABII HATTOMA

|| ॐ नमो भगवते वासुदेवाय ||

1101/60/03



**RMA**

ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

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

Employeur : MAROC BUREAU Assuré : KAMEL KHALID N° Affiliation : D0130839 00 002525 Personne soignée : KAMEL KHALID N° sinistre : 2022023 00 Nature de la maladie :				Page 1/1 Réf (C / V) : 02947068 N° Externe : Date ouverture : 20/10/2022 Date règlement : 21/10/2022		
Nature des Prestations	Cotation NLT	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
CONSULT.SPEC.	0	0	250.00	250.00	85.00	212.50
LABO-ANAL	0	0	1200.00	1200.00	85.00	1020.00
PHARMACIE	1 0	0	704.90	107.90	85.00	91.72
<b>TOTAL</b>			<b>2154.90</b>	<b>1557.90</b>		<b>1324.22</b>
1-1: PRODUIT..... : NON REMBOURSABLE (.....)						Montant A Rembourser  1324.22

## 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 Assuré : KAMEL KHALID N° Affiliation : 00130839 00 002525 Personne soignée : KAMEL KHALID N° sinistre : 2022023 00 Nature de la maladie :				Page 1/1 Ref (C / V) : 02947088 N° Extérie : Date ouverture : 20/10/2022 Date règlement : 21/10/2022		
Nature des Prestations	Cotation MT	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
CONSULT.SPEC.	0	0	280.00	280.00	85.00	212.50
LABO-ANAL	0	0	1200.00	1200.00	85.00	1020.00
PHARMACIE	0	0	704.90	107.90	85.00	91.72
TOTAL			2154.90	1567.90		1324.22
L1: PRODUIT.....: NON REMBOURSABLE (.....)						Montant A Rembourser  1324.22

## 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

ROYAUME  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

## FEUILLE DE DECOMPTÉ DESTINÉE A L'ASSURÉ

Employeur : MAROC BUREAU Assuré : KAMEL KHALID N° Affiliation : 00130838 00 002525 Personne soignée : KAMEL KHALID N° sinistre : 2022023 00 Nature de la maladie :				Page 1/1 Ref (C / V) : 02947088 N° Extérie : Date ouverture : 20/10/2022 Date règlement : 21/10/2022		
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		250.00	250.00	85.00	212.50
LABO-ANAL	0		1200.00	1200.00	85.00	1020.00
PHARMACIE	0		704.90	107.90	85.00	91.72
TOTAL			2154.90	1557.90		1324.22
1-1: PRODUIT.....: NON REMBOURSABLE (.....)						Montant A. Rembourser  1324.22