

# 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

- 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



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0048646

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4161 Société : 150327

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ALILA HAKIMA

Date de naissance : 179

Adresse : 179 Bd Brahim GSA

Tel : 066178650 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 : .....

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 : 05/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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

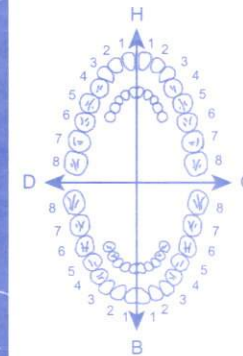
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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 G 00000000  
35533411 11433553  
B

(Création, remont, adjonction)

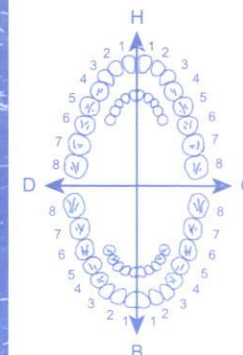
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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



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

www.maassurance.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**

Nom et prénom : .....

Lien de parenté : .....

Montant des frais engagés : .....

DHS : .....

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

à .....

le .....

Signature de l'assuré(e)



Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade

N° Kamel Khaliu

Date de naissance

Nature de la maladie

1/8 ORL

En cas d'écoulement

(préciser cause et circonstances)

Dr. IDRISSI Abdelhamid  
O.R.L. et Chirurgie Face et Cou  
103, Rue Chaouia - Casa  
Tél : 05 22 22 01 41

Nature des prestations

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
	20/10/2012		EC		Dr. IDRISSI Abdelhamid O.R.L. et Chirurgie Face et Cou 103, Rue Chaouia - Casa Tél : 05 22 22 01 41
Blecces traitant					
Auxiliaires médicaux					
ses et graphies					

Pharm

Factu

Date

2



## Pharmacie

Facture

Facture

Date

20/10/22

557,30

Signature & cachet

Pharmacie du Louvre  
صيدلية لوفر  
36, Boulevard du 9 Avril - Palmier  
Casablanca - Tél : 0522 25 32 05  
pharmacieoulouvre@gmail.com

## Commandations importantes

tablir une déclaration par personne et par maladie.

déclaration doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives  
donnances médicales, résultats des examens de radiologie et laboratoire).

ndre à la déclaration de maladie les vignettes ou à défaut les prospectus et le P.P.M.  
ncement les médicaments.

sque la personne malade bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre  
l'assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement  
vré par cet organisme.

as d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : joindre une facture détaillée et dûment  
l'ensemble des prestations.



**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							
N° Affiliation : 00130839 00 002525	Rif (C / V) : 02962792						
Personne soignée : KAMEL KHALID	N° Extérie : :						
N° sinistre : 3022031 00	Date ouverture : 29/12/2022						
Nature de la maladie :	Date règlement : 30/12/2022						
Nature des Prestations	Cotation MT	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement	
PHARMACIE	0	0	537.30	537.30	86.00	456.70	
TOTAL			537.30	537.30		456.70	
						Montant A Rembourser	
						456.70	

FOR-GNADA 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

**RMA**

ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

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

Page 1/1

Employeur : MAROC BUREAU  
Assuré : KAMEL KHALID  
N° Affiliation : 00130339 00 002525  
Personne soignée : KAMEL KHALID  
N° sinistre : 2022031 00  
Nature de la maladie :

Réf (C / M) : 02962792  
N° Externe :  
Date ouverture : 29/12/2022  
Date règlement : 30/12/2022

Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
PHARMACIE	0	0	537.30	537.30	85.00	456.70
TOTAL			537.30	537.30		456.70
						Montant A Rembourser  456.70





# CABINET O.R.L

- NEZ - GORGE - OREILLES
- CHIRURGIE DE LA FACE ET DE COU
- CANCEROLOGIE CERVICO - FACIALE

Docteur Abdelhamid IDRISSE  
SPECIALISTE

DIPLOMÉ DE LA FACULTÉ  
DE MÉDECINE DE PARIS

الدكتور عبد الحميد الإدريسي  
إختصاصي

خريج كلية الطب بباريس

Casablanca, le 20/10/2022

45,00  
1

Lovinar

Kamel Khalek

205,00  
3

TAVANIC

Pharmacie du Louvre

119,10  
3

Risonel

36, Boulevard du 9 Avril 1961  
Tél : 05 22 32 05  
Email : ...@mail.com

168,20  
9

Augmentin

16 16

T. 537,30

csab 21

Dr. IDRISSE Abdelhamid  
O.R.L et Chirurgie Face et Cou  
103, Rue Chaouia - Cas  
Tél : 05 22 22 01 41 / 05 22 26 81 82

شاوية (مدير سابق) - زاوية للايقوت - ساحة الطاهر السبتي - الهاتف : 05 22 22 01 41 / 05 22 26 81 82 - الدار البيضاء  
Rue Chaouia ex. Colbert, Angle Lalla Yacout - Place Tahar Sebti - Tél : 05 22 22 01 41 / 05 22 26 81 82 - C



—230—