

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 4961 Société : 150327

Actif  Pensionné(e)  Autre

Nom & Prénom : HILAL HAKIMA

Date de naissance : 17/03/1984

Adresse : 179 Bd Brahim GNA

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 : ..... Pathologie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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) : .....



95/01/2013

#### **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**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **BELEVE 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.

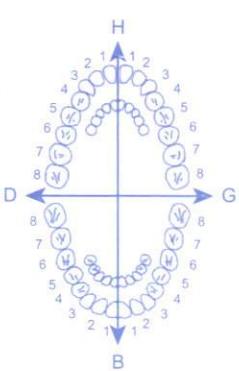
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT		

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**



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 - l'entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances  
[www.rmaassurance.com](http://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 :

KAMEL KHALED

Adresse :

179 Bd. Bourguiba Rondan G.S.A

### Renseignements concernant le malade

Nom et prénom :

KAMEL KHALED

Lien de parenté

AM

537,30

DHS

Montant des frais engagés :

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

t à .....

, le .....

Signature de l'assuré(e)

Partie réservée au praticien traitant

ANSWER TO PROBLEMS IN STATISTICS

D. Kamel

Khalid

卷之三

4/8 ~~2~~ 26

*EDGES OF INVAGINATE  
DORSAL CAVITIES OR CONVOLVULATIONS*

### Nature des prestations

Page 11 of 12

卷之三十一

100

卷之三

• 10122

1, 31, 30

Pharmacie du Louvre  
الله تبارك  
36, Boulevard du 9 Avril - Palmier  
Casablanca - Tel : 0522 25 32 05  
pharmaciедelouvre@gmail.com

#### **commandations importantes**

tablir une déclaration par personne et par maladie.

déclaration doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives (ordonnances médicales, résultats des examens de radiologie et laboratoire).  
En cas de non-respect de cette obligation, le remboursement sera refusé et le défaut les prospectus et

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

Concernant les médicaments, lorsque la personne malade bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à son assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlementé par cet organisme.

cas d'hospitalisation médicale ou chirurgicale : joindre une facture détaillée et dum  
as être précisé 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 : 35101980 - I.F. 01084830 - ICE : 001530601000041  
Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances  
[www.rmaassurance.com](http://www.rmaassurance.com)

FEUILLE DE DECOMpte DESTINEE A L'ASSURE

Employeur	MAROC BUREAU						Page 1/1
Assuré	KAMEL KHALID						
N° Affiliation	00150839 00 002625			Rer (C / V)	02962792		
Personne sollicitée	KAMEL KHALID			N° Externe	-		
N° sinistre	3022031 00			Date ouverture	29/12/2022		
Nature de la maladie	-			Date règlement	30/12/2022		
Nature des Prestations	Cotation NLT	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 à Rembourser		456.70

FCR-ONADA 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**

Employeur	MAROC BUREAU						Page 1/1
Assuré	KAMEL KHALID			Ref (C / V)	02962792		
N° Affiliation	00130838 00 002525			N° Externe	:		
Personne signée	KAMEL KHALID			Date ouverture	29/12/2022		
N° sinistre	2022031 00			Date règlement	30/12/2022		
Nature de la maladie	:						
Nature des Prestations	Cotation NLT	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	
<b>TOTAL</b>			<b>537.30</b>	<b>537.30</b>			<b>Montant à Rembourser</b>
							<b>456.70</b>



# CABINET-O.R.L

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

Docteur Abdelhamid IDRISI  
SPECIALISTE

DIPLOMÉ DE LA FACULTÉ  
DE MÉDECINE DE PARIS

Casablanca, le 26.10.2022

45,00 ₦ Lovinaz Kame Khalen  
an 30

205,00 ₦ TAHIC Pharmacie du Louvre  
36, Boulevard du 9 Avril Casablanca  
Télé : 0522220141 / 0522268182 - e-mail : [casabpharm@yahoo.com](mailto:casabpharm@yahoo.com)

119,10 ₦ Risonel 200 mg 30

168,20 ₦ Augmentin 500 mg 16

+ 537,30 Isab 2 ( )

Dr. IDRISI Abdelhamid  
O.R.L et Chirurgie de la Face et Cou  
103, Rue Chaouia ex. Colbert, Angle Lalla Yacout - Place Tahar Sebti - Casablanca  
Tél. : 0522220141 / 0522268182 - C

شارع (شارع مختار) - زاوية للا ياقوت - ساحة الطاهر السبتي - اهاتف : 0522220141 / 0522268182 - الدار البيضاء  
Rue Chaouia ex. Colbert, Angle Lalla Yacout - Place Tahar Sebti - Tel: 0522220141 / 0522268182 - Casablanca

卷之三

१०८  
१०९

أدنى مقدار مساحة ملحوظة 250 ملء فم  
أدنى مقدار مساحة 500 ملء فم من 5 و 7

ماين-فالتز-براندنبورغ  
BASF-Axens Deutschland GmbH  
P.O. Box XIRINGO  
D-32028 Frankfurter Allee  
Altenberge

Randoff Windbreak Industries  
56, route de Chasselay - 91-  
91193 Vaujours  
France

30-12-1962 - 1000 ft. - 1000 ft. - 1000 ft.