

# 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0034252

Maladie  Dentaire  Complémentaire 150332  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4162 Société : .....

Actif  Pensionné(e)  Autre : .....

Nom & Prénom : HILIA HAMEIMA

Date de naissance : .....

Adresse : 17 Bd BOUDANI GSA

Tél. : ..... 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 : GSA Le 08/11/2019

Signature de l'adhérent(e) : 95/101/9093

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 :**

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 <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>													
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

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. : 05 22 31 21 63 - 05 22 31 01 69 - Fax : 05 22 31 38 84  
 S.À. 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  
 Assuré : KAMEL KHALID  
 N° Affiliation : 00130839 00 002525  
 Personne soignée : KAMEL KHALID  
 N° sinistre : 2023001 00  
 Nature de la maladie :  
 Réf (C / V) : 02968491  
 N° Externe :  
 Date ouverture : 23/01/2023  
 Date règlement : 26/01/2023

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	0	250.00	250.00	65.00	212.50
TRAIT. SPEC.	0	0	400.00	400.00	65.00	340.00
RADIOGRAPHIE	0	0	190.00	150.00	65.00	127.50
PHARMACIE	1	0	583.50	466.70	65.00	413.70
<b>TOTAL</b>			<b>1383.50</b>	<b>1266.70</b>		<b>1093.70</b>
1-1: RESPIRER NON REMBOURSABLES						Montant A Rembourser
						<b>1093.70</b>

siège social  
83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc  
Tél. : 0522 31 01 63 - 0522 31 01 69 - Fax : 0522 31 38 84  
SA au capital de 1.700.000.000 DH - Entreprise régie par la loi n° 17-90 portant code des assurances  
www.rmaassurance.com



RMA

ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

دكتور مراد  
احصاني في امراض  
طب ساق في مر

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 KHAUO**

Adresse : **170 Bd ROUDANI n° 20/c GSA**

### Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : **KAMEL KHAUO**    Lien de parenté : **MM**

Montant des frais engagés : ..... DHS **13 50,00**

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

**A SA** ..... Signature de l'assuré(e)

**Docteur Mouradd SAMI**  
 Pneumologue Allergologue  
 Radiographie Numérique  
 Tests d'allergie  
 Rhinologie et Spirométrie  
 Médecine du sommeil

Dr. Mour  
 Pneumologue  
 Radiographie  
 Explorations  
 Allergologie  
 Endoscopie  
 Ancien Pro

**Partie réservée au praticien traitant**

Nom et Prénom du malade : Kamel KHALIL  
 Date de naissance : 19/05/1977  
 Nature de la maladie : Plus - sinus  
rhinite chronique  
 En cas d'accident :  
 (préciser causes et circonstances)

**Nature des prestations**

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
Médecin traitant	04/01/2023	G2		26000	
Auxiliaires médicaux	04/01/2023	Radiologie du Nas		2100	
Examens et radiographies	04/01/2023	EFR		1030	

04/01/23

Montant

583,10

Signature & cachet

صيدية  
PHARMACIE  
N° 6 Reg. Beyr AL  
Aim Sebati  
78 - 87 22 24 47 53 Fax  
Pharmacie

Recommandations importantes

Etablir une déclaration par personne et par maladie.

La déclaration doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives  
y compris les résultats des examens de radiologie et la

**Docteur Mouradd SAMI**

**Pneumologue Allergologue**

Radiographie Numérique  
Tests d'allergie  
EFR : Cabine et Spirométrie  
Polygraphie - Apnée du sommeil  
Endoscopie bronchique  
N° INPE : 091172593

Mohammedia , le : 04/01/2023

FACTURE

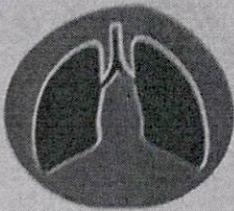
Date : 04/01/2023

M. KAMEL KHALID

Acte : CS C2 + radiographie thoracique ( Z14)+EFR

Montant : 250+150+400 dh

**Dr. Mourad SAMI**  
Pneumologue - Allergologue  
INPE : 091172593  
N°14, Residence Zahra, Bd El Houla  
Mohammedia - Tél : 05 26 30 20 39



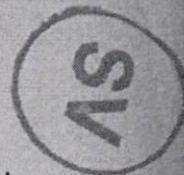
**Dr. Mourad SAMI**  
 Pneumologue - Allergologue  
 Radiographie Numérique  
 Explorations Fonctionnelles Respiratoires (EFR)  
 Allergologie  
 Enregistrement du Sommeil  
 Endoscopie Bronchique  
 Ancien Praticien des Hôpitaux de Strasbourg (France)  
 N° INPE : 091172593

دكتور مراد سامي  
 صاتي في أمراض الصدر والحساسية  
 سابق في مستشفيات فرنسا  
 بار وظائف الرئة - قياس التنفس  
 الحساسية - الفحص بالمنظار  
 يبر الرقمي بالأشعة - تسجيل التنفس أثناء النوم  
 بالأكسجين - أجهزة التهوية

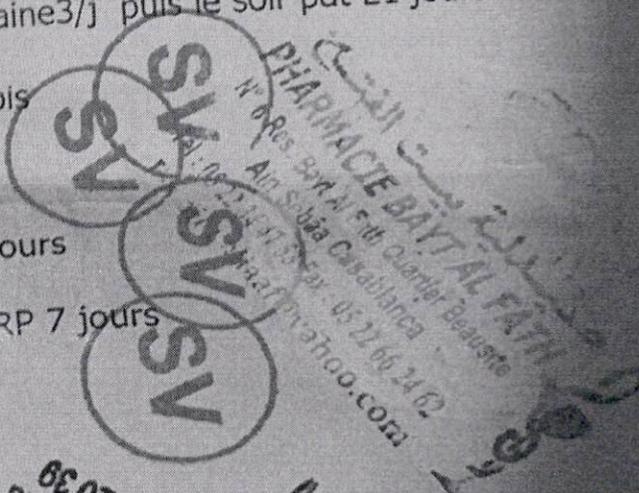
Mohammedia , le : 04/01/2023

**Ordonnance**

**M. KAMEL KHALID**



- 96,80  
 74,90 x 3  
 210,00  
 22,00  
 30,00
- Respimer 1 à 2 sachets/flacon 1ère semaine 3/j puis le soir pdt 21 jours  
 NAUREUS Desloratadine 5mg soir 3 mois  
 ROMILAST 10mg un cp le soir 1 mois  
 ISOLONE 5 mg ,2 Comprimé matin 7 jours  
 OEDES 20 mg, Gélule 1gel 30 min AV RP 7 jours



583,50

صيداليت بيت الفتاح  
**PHARMACIE BAYT AL FATH**  
 N° 6 Rés. Bayt Al Fath Quartier Beausite  
 Ain Sebâa Casablanca  
 Tél: 05 21 34 47 53 Fax : 05 21 65 24 62  
 E-mail : a.fath@yahoo.com

Dr. Mourad SAMI  
 Pneumologue - Allergologue  
 INPE : 091172593  
 Mohammedia, 14 Rés. Bayt Al Fath  
 Quartier Beausite  
 Casablanca  
 Tél: 05 21 34 47 53 Fax: 05 21 65 24 62  
 E-mail: a.fath@yahoo.com



**Docteur Mouradd SAMI**

**Pneumologue Allergologue**

Radiographie Numérique  
Tests d'allergie

EFR : Cabine et Spirométrie

Polygraphie - Apnée du sommeil

Endoscopie bronchique

N° INPE : 091172593

Mohammedia , le : 04/01/2023

**Radiographie thoracique**

**M. KAMEL KHALID**

Indication : Bronchite traînante posts épisode grippal sur terrain diabétique et tabagisme chronique.

Évolution partielle sous antibiothérapie corticothérapie.

Résultat :

Majoration modérée de la trame bronchique.

Distension thoracique.

Silhouette cardiaque et médiastinale d'allure normale.

Absence de lésion pleuroparenchymateuse suspecte.

Blondeau :

Comblement des deux sinus maxillaires à prédominance droite.

Hypertrophie obstructive des cornets.

En conclusion :

Rhinosinusite bilatéral à prédominance droite.

Distension thoracique.

**DR. MOURADD SAMI**  
Pneumologue - Allergologue  
N°14, Résidence Zahra, Bd El Houria  
Mohammedia 1, Tél : 05 28 80 20 39  
INPE : 091172593  
Allergologue

adresse : N° 14 Residence ZAHRA Angle BD Houria BD SELTA , CP 2  
Mohammedia , Maroc

**D**octeur Mouradd SAMI

**Pneumologue Allergologue**

Radiographie Numérique

Tests d'allergie

EFR : Cabine et Spirométrie

Polygraphie - Apnée du sommeil

Endoscopie bronchique

N° INPE : 091172593

Mohammedia , le : 04/01/2023

**EFR**

**M. KAMEL KHALID**

Indication : Bronchite traînante sur tabagisme chronique sur terrain diabétique. Rhinosinusite bilatéral.

Résultat :

Coopération satisfaisante.

Absence de trouble ventilatoire obstructif.

Absence de trouble ventilatoire restrictif.

Réversibilité significatif après bêta deux mimétiques.

Rapport VEMS sur CV à 78%.

VEMS à 104% avec un gain 220ml soit 112% après bêta deux mimétiques.

DEM 25 75 à 92%.

Capacité vitale normale à 119% des valeurs prédites.

En conclusion :

Absence de trouble ventilatoire obstructif ou restrictif.

hyperréactivité bronchique.

Mohammedia - Tél : 05 73 30 20 39  
N°14, Résidence Zahraa, Bd El Houra  
INPE : 091172593  
Mouradd SAMI  
Pneumologue - Allergologue