

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 de caractère personnel.

199102 N° W19-582143

COMPLEMENT Optique Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 6940		Société : Rom
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : <i>ACOUAD R.HAFID</i>
Nom & Prénom : <i>HAFID HAFID</i>		
Date de naissance : <i>14/10/1957</i>		
Adresse : <i>0654430668</i>		
Tél. : <i>0654430668</i>		Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin : 		
Date de consultation : _____ / _____ / _____		
Nom et prénom du malade : _____ Age: _____		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie : _____		
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. <i>199102 167</i>		

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) : 

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

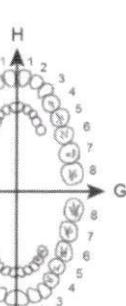
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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	INP : <input type="text"/>										
				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				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>									
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>H</td><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>B</td><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H	25533412	21433552												
D	00000000	00000000												
B	35533411	11433553												
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DU DEVIS <input type="text"/>									
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>									

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Partie réservée à RMA

Date(s) de réception du courrier

1

2

3

4

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

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 : BPEC

Cachet du souscripteur :

74, Rue Jean Jaurès

Tél: +212 522 47 01 76 / 47 02 79 / 22 97 56

Fax: +212 522 78 63 61

Ref: 01020715

N° de police : 402 080 / 00

Adresse : 74, Rue Jean Jaurès

CP: 600873 - N° 22126 - Tél: +212 522 47 01 76 / 47 02 79 / 22 97 56

DHS N°: 22126 - Date : 30/11/2015 - Signature : BPEC

Renseignements concernant l'assuré(e)

EL HABZI CHADIA

Nom et prénom :

Adresse :

BPEC

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : EL HABZI CHADIA

Lien de parenté : M

Montant des frais engagés : 1639,00 DHS

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

Fait à Casab, le 30/11/23 Signature de l'assuré(e)

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : M^e EL HABZI Chadi

Date de naissance :

Nature de la maladie : Affection rhumatisante

En cas d'accident :

(préciser causes et circonstances)

Pharmacie

Factures

Date

Montant

23/11/2023

192,-

Signature & cachet



Nature des prestations

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
Médecin traitant	16/11/23	Cr Oui	3500H		
Auxiliaires médicaux	23/11/23	Dr ou Grap			
Analyses et radiographies	21/11/23	B500	1097		

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.
- Délai de remise des pièces : toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises à l'assureur trois mois au plus tard après la cessation des soins.
- Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la loi n°17-99 portant code des assurances.

→ Toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai de deux mois.

CLINIQUE GALILEE D'ANALYSES MEDICALES

Docteur ZAGHLOUL Souad
Epouse EL BOUHMADI
Pharmacien Biologiste
Ex-Attaché des Hôpitaux et de
l'Institut d'Hématologie de Montpellier



جامعة كلية للتحاليل الطبية

C.E.S. Bactériologie - Virologie
C.E.S. Hématologie
C.E.S. Immunologie Générale
C.E.S. Parasitologie - Mycologie
C.E.S. Pathologie Médicale

Dossier ouvert le : 21/11/23
Prélèvement effectué à 09:42
Edition du : 21/11/23


093002285

Madame EL HABZI EP AOUAD CHADIA
AMINA BENZAKOUR
Réf. : 23K269
INPE : 093002285

Page : 3/3

Compte Rendu d'Analyses

IMMUNO SEROLOGIE

Normales

Antériorités

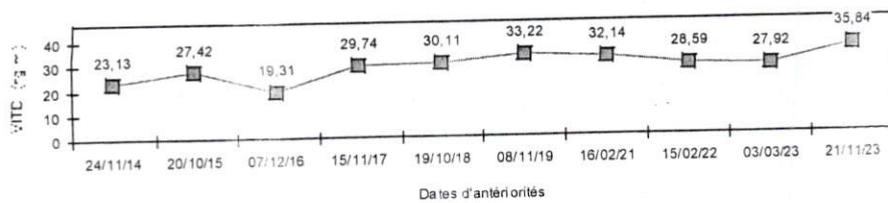
VITAMINE D (25Hydroxy-vitamine D)

(Technique ECLIA sur COBAS e 411)

Résultat : **35,84** ng/ml / 27,92

Valeurs de référence :

Déficience : < 12
Insuffisance : 12 - 30
Suffisance : > 30



L'ANALYSEUR GALILEE D'ANALYSES MEDICALES 01
Rue Taha Houcine (Ex-Galilée)
Angle Moussa Ibnou Noussair - Gauthier
2ème étage - Quartier Gauthier
Casablanca
Tél. : +212 5 22 20 47 11
+212 5 22 20 46 92
+212 5 22 29 79 30
Fax : +212 5 22 29 79 31
E-mail : laboratoiregalilee@gmail.com

Docteur ZAGHLOUL Souad.
Epouse EL BOUHMADI
Pharmacien Biologiste
Ex-Attaché des Hôpitaux et de
l'Institut d'Hématologie de Montpellier



مختبر غاليليه للتحاليل الطبية
C.E.S. Bactériologie - Virologie
C.E.S. Hématologie
C.E.S. Immunologie Générale
C.E.S. Parasitologie - Mycologie
C.E.S. Pathologie Médicale

Dossier ouvert le : 21/11/23

Prélèvement effectué à 09:42

Edition du : 21/11/23



093002285

Compte Rendu d'Analyses

Madame EL HABZI EP AOUAD CHADIA**AMINA BENZAKOUR**

Réf. : 23K269

INPE : 093002285

Page : 2/3

			Normales	Antériorités
CHOLESTEROL HDL	: 0,71	g/l	> 0,35	0.78
Soit :	1,83	mmol/l	> 0,9	2.01

			Normales	Antériorités
CHOLESTEROL LDL	: 1,42	g/l		1.30
Soit :	3,66	mmol/l		3.35

LDL < 2,2 g/l (5,7 mmol/l) : Absence de facteurs de risque

LDL < 1,9 g/l (4,9 mmol/l) : Présence d'un facteur de risque

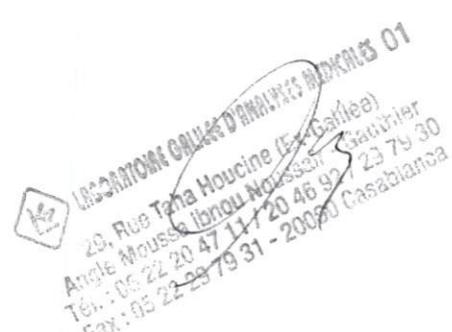
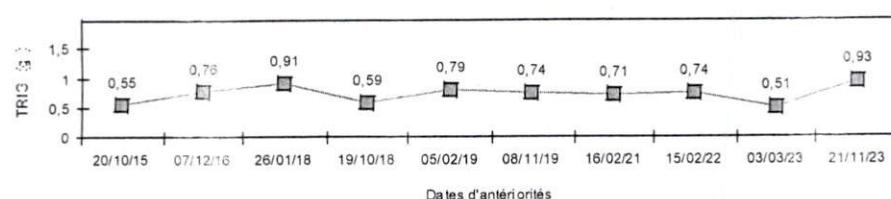
LDL < 1,6 g/l (4,1 mmol/l) : Présence de deux facteurs de risque

LDL < 1,3 g/l (3,4 mmol/l) : Présence de trois facteurs de risque

LDL < 1,0 g/l (2,6 mmol/l) : Présence d'antécédent de maladie cardiovasculaire

Selon l'AFSSAPS, les facteurs de risque sont : l'âge, antécédents familiaux de maladie coronaire précoce, tabagisme, HTA, diabète de type 2 et HDL < 0,40 g/l.

			Normales	Antériorités
TRIGLYCERIDES	: 0,93	g/l	< 1,5	0.51
Soit :	1,06	mmol/l	< 1,71	0.58



Docteur ZAGHLOUL Souad
Epouse EL BOUHMADI
Pharmacien Biologiste
Ex-Attaché des Hôpitaux et de
l'Institut d'Hématologie de Montpellier



C.E.S. Bactériologie - Virologie
C.E.S. Hématologie
C.E.S. Immunologie Générale
C.E.S. Parasitologie - Mycologie
C.E.S. Pathologie Médicale

Dossier ouvert le : 21/11/23

Prélèvement effectué à 09:42

Edition du : 21/11/23

Compte Rendu d'Analyses



093002285

Madame EL HABZI EP AOUAD CHADIA

AMINA BENZAKOUR

Réf. : 23K269

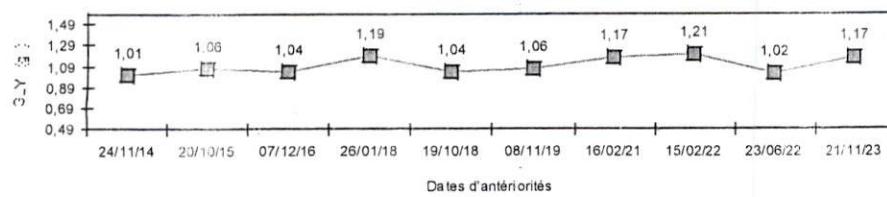
INPE : 093002285

Page : 1/3

BIOCHIMIE SANGUINE

			Normales	Antériorités
CALCIUM (Ca ++)	: 93 mg/L		86 - 107	03/03/2023
	soit : 2,33 mmol/l		2,15 - 2,67	9,4

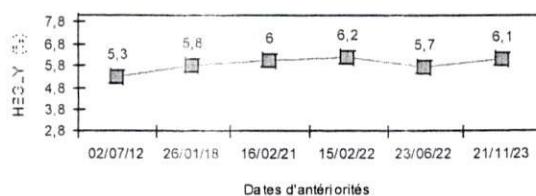
			Normales	Antériorités
GLYCEMIE A JEUN	: 1,17 * g/l		0,7 - 1,1	23/06/2022
	Soit : 6,5 mmol/l		3,9 - 6,1	1,02



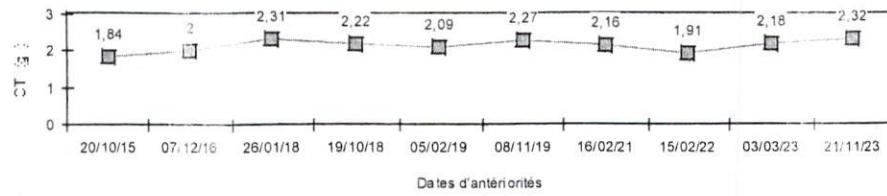
HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE (HbA1C)

Chromatographie liquide haute pression (H.P.L.C.)

Résultat	:	6,10 *	%	4 - 6	5,70
----------	---	--------	---	-------	------



			Normales	Antériorités
CHOLESTEROL TOTAL	: 2,32 * g/l		< 2	03/03/2023
	Soit : 5,98 mmol/l		< 5,15	2,18



Laboratoire Galilee
Rue Taha Houcine (Ex-Galilée)
Angle Moussa Ibnou Noussaïr - Gauthier
20060 Casablanca

ARTIFLEX® GEL

Présentation :

- Tubes de 30 g et de 60 g.

Principes actifs	Principales propriétés
Harpagophytum	Anti-inflammatoire naturel utilisé lors des rhumatismes (arthrose, arthrite, lombalgie, tendinite, mal de dos)
Capsicum frutescens	Antirhumatismal
Eugenia carophyllus	Analgésique, anti-inflammatoire.

تحتوي على 30 مل.



٢- قنطرات للشرب - على فيتامين D3 الذي تساعد على امتصاص على تقوية العظام و تشبيب الجهاز المناعي.
في 200 UI في حالة النقص في الفيتامين D.

في الصحة يحرك جيدا قبل الإستعمال.
رد (حليب، عصير فواكه...). تحتوي القارورة على حاسب للقنطرات.

شمعة.
ط.
لأطفال.
والحرارة.

ICE 002527183000030

INPE : 093002285

Casablanca le 21 novembre 2023

Madame EL HABZI EP AOUAD CHADIA

FACTURE N°	36910
------------	-------

Analyses :

Calcium 74 -----	B	30	
Glycémie à jeûn 86 -----	B	30	
Hb glyquée94 -----	B	100	
Cholestérol total104 -----	B	30	
Cholestérol HDL106 -----	B	50	
Cholestérol LDL107 -----	B	50	
Triglycérides108 -----	B	60	
Vitamine D 219 -----	B	450	Total : B 800

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER 1 097,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Quatre vingt Dix Sept Dirhams

LABORATOIRE GALLIE D'ANALYSES BIOMÉDICALS 01
29, Rue Taha Houssine (Ex-Gallie)
Anfa Moussa ibn Nasser Casablanca
Tel.: 05 22 20 47 11 / 20 46 92 / 29 79 30
Fax: 05 22 29 79 31 - 20060 Casablanca

DOCTEUR AMINA BENZAKOUR

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations
et des Muscles

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Paris

Expert Assermentée près les Tribunaux

Médecine de Travail

6, Avenue Houphouët Boigny

CASABLANCA

Tél. : 0522. 27. 30 . 28 / 0522. 27. 45 . 35

aminabenzakour54@gmail.com

الدكتورة بنزاكور آمنة

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصيل والعضلات

خريجة كلية الطب بباريس

خبيرة محلفة لدى المحاكم

اختصاصية في طب الشغل

6 شارع هوفويت بوانيي

الدار البيضاء

الهاتف : 0522. 27. 30 . 28 / 0522. 27. 45 . 35

aminabenzakour54@gmail.com

Casablanca la

My

El haszi Chek,

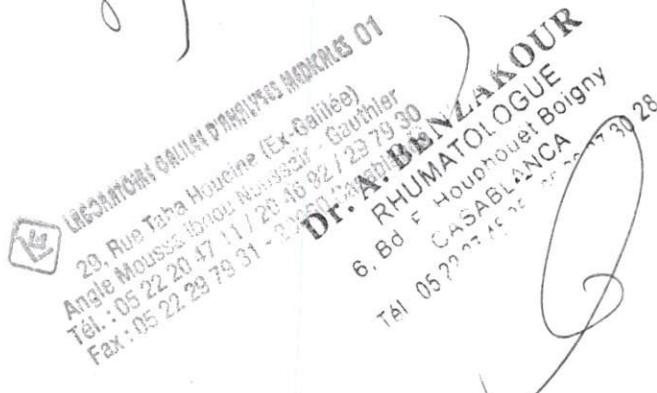
Sly à je

He sly

Dosage de 6 ml sub Océane

cholesterol NL LM

tryg



DOCTEUR AMINA BENZAKOUR

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations
et des Muscles

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Paris

Expert Assermentée près les Tribunaux
Médecine de Travail
6, Avenue Houphouët Boigny

CASABLANCA

Tél. : 0522. 27. 30 . 28 / 0522. 27. 45 . 35

aminabenzakour54@gmail.com

الدكتورة بنزاكور آمنة

اختصاصية في أمراض الروماتيزم
أمراض العظام والمفاصيل والعضلات

خريجة كلية الطب بباريس

خبيرة محلفة لدى المحاكم

اختصاصية في طب الشغل

6 شارع هوفويت بوانيي

الدار البيضاء

الهاتف : 0522. 27. 30 . 28 / 0522. 27. 45 . 35

aminabenzakour54@gmail.com

Casablanca la 18/4/28 الدار البيضاء في

Dr. Amina Benzakour

Glycémie
Hb-glyc
Dose de 6 ml sous Oculent
cholest + M LM
Triglyc



ARTIFLEX® GEL

Présentation :

- Tubes de 30 g et de 60 g.

Principes actifs	Principales propriétés
Harpagophytum	Anti-inflammatoire naturel utilisé lors des rhumatismes (arthrose, arthrite, lombalgie, tendinite, mal de dos)
Capsicum frutescens	Antirhumatismal
Eugenia carophyllus	Analgésique, anti-inflammatoire.

تحتوي على 30 مل.



2 - قطرات للشرب - على فيتامين D3 التي تساعد على إمتصاص على تقوية العظام وتشطيط الجهاز المناعي.

في حالة القص في الفيتامين D

في الصحة، يحرك جيدا قبل الإستعمال.
رد (حليب، عصير فواكه...). تحذير الفارورة على حاسب للقطرات.

نوعة.
لأطفال.
والحرارة.

DOCTEUR AMINA BENZAKOUR

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations
et des Muscles

Diplômée de la Faculté de Médecine
de Paris

Expert Assermentée près les Tribunaux
Médecine de Travail

6, Avenue Houphouët Boigny
CASABLANCA

Tél. : 0522. 27. 30 . 28 / 0522. 27. 45 . 35

aminabenzakour54@gmail.com

الدكتورة بنزاكور آمنة

اختصاصية في أمراض الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل والعضلات

خريجة كلية الطب بباريس

خبيرة محلفة لدى المحاكم

اختصاصية في طب الشغل

شارع هوفويت بوانيي

الدار البيضاء

الهاتف : 0522. 27. 30 . 28 / 0522. 27. 45 . 35

amin

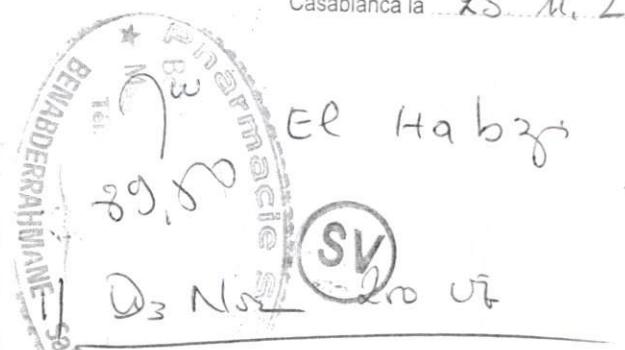


Lot: 230620

A consommer

avant le: 08/2026

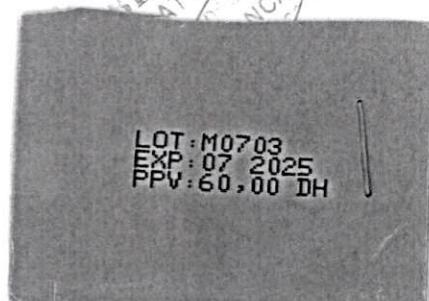
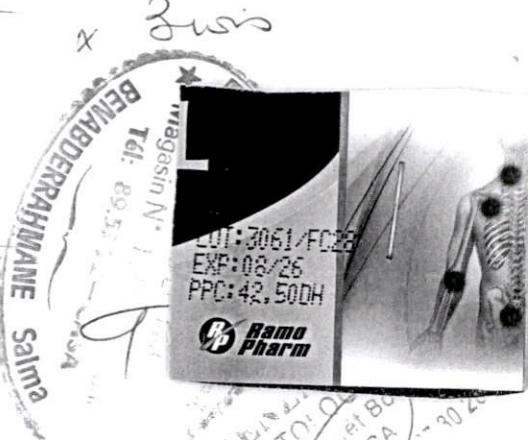
PPC: 89,50 DH



3 x 15 ml
42,50 Dhs
2) Antiflex gel local

60,00 1 all 2f 1
3) valence el gel

1 all x 21,
192,-



Siège social
 83, avenue de l'Armée Royale – Casablanca – Maroc
 Tél : 0522312163/ 0522310169 Fax : 0522313884
 S.A au capital de 1.774.400.800 DH – entreprise régie par la loi n° 17-99 portant le code des assurances
www.rmaassurance.com



FEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE

Employeur:	BPEC	Mode Paiement:	Virement compte assuré
Assuré:	EL HABZI CHADIA	Référence:	1894730
N° Affiliation:	0040208000 7	Date réception Lot:	06/12/2023
Personne soigné:	EL HABZI CHADIA	N° externe:	
N° sinistre:	2311153890	Date survenance:	23/11/2023
Nature de la maladie:		Date ouverture:	07/12/2023
		Date règlement:	11/12/2023

Famille prestation	Coef. Présenté	Coef. Remb	Frais Engagés	Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant de remboursement
1. Analyse	0	0	1 097,00	1 097,00	80,00	877,60
2. Consultation			350,00	300,00	80,00	240,00
3. Pharmacie			192,00	60,00	80,00	48,00
TOTAL			1 639,00	1 457,00		1 165,60

3.1 ARTIFLEX+D3NORM NR