

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.

M24- 0011016

Optique *100502* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *41161* Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

HAICIMA HULYA

Date de naissance :

1/1/63

Adresse :

061178650

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément

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 :

Signature de l'adhérent(e) : *HAICIMA HULYA*

08/3/2014

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

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	

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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

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.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						Réf (C / V) : 03040242
N° Amitié	00130839 99 002215						N° Extérieure :
Personne soignée	KAMEL KHALID						Date ouverture : 20/02/2024
N° sinistre	2024006 00						Date règlement : 23/02/2024
Nature de la maladie							
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	300.00	300.00	95.00	285.00	
PHARMACIE	1 0	0	7738.00	7703.00	95.00	7317.85	
TOTAL			8038.00	8003.00		7602.85	
1-1: TAXES NON REMBOURSEABLES (AIGUILLES)							Montant A Rembourser
							7602.85

LETTRE DE DÉCOMpte DESTINÉE À L'ASSURé

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



ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

FEUILLE DE DECOMpte DESTINEE A L'ASSURE

Employeur	: MAROC BUREAU						Page 1/1
Assuré	: KAMEL KHALID			Rér (C / V)	: 03040242		
N° Amitié	: 00130838 99 002215			N° Extérieure	:		
Personne soignée	: KAMEL KHALID			Date ouverture	: 20/02/2024		
N° sinistre	: 2024005 DO			Date règlement	: 23/02/2024		
Nature de la maladie	:						
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	300.00	300.00	95.00	285.00	
PHARMACIE	1 0	0	7738.00	7708.00	95.00	7317.85	
TOTAL			8038.00	8003.00		7602.85	
1-1: TAUXES NON REMBOURSEABLES (AMBULLES)							Montant A Rembourser
							7602.85

FOR-004-004 VERSION 01 DU 15.07.1998

200502

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'ASSURANCEFEUILLE DE DECOMpte DESTINEE A L'ASSURE

Employeur	MAROC BUREAU			Réf (C / V)	03040242	Page 1/1
Assuré	KAMEL KHALID			N° Extérne		
N° Affiliation	00130839 99 002215			Date ouverture	20/02/2024	
Personne soignée	KAMEL KHALID			Date règlement	23/02/2024	
N° sinistre	2024005 00					
Nature de la maladie						
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	300.00	300.00	95.00	285.00
PHARMACIE	1 0	0	7738.00	7703.00	95.00	7317.85
TOTAL			8038.00	8003.00		7602.85
I-1: TAXES NON REMBOURSEABLES (AIGUILLES)						Montant A Rembourser
						7602.85

Partie réservée à RMA

Date(s) de réception du courrier

1	2	3	4
S 2003 07 59			

Identification

N° du sinistre 0

S	2	0	0	3
0	7	1	1	1

CP

Ordonnancement

I.C.

D.D.

D

C.C.

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

0661 13 88 51



RMA

ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration

- Maladie Maternité Optique Clinique Traitements spéciaux

N° d'affiliation

Souscripteur :

N° de police :

Adresse :

Intermédiaire

Cachet du souscripteur :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

Adresse :

RAHFI KHAISS

179 Bd Brahim Roudani 101
GSA

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom :

RAHFI KHAISS

Lien de parenté :

DHS 803800

Montant des frais engagés :

Par le biais de cette déclaration, RMA - Royale Marocaine d'Assurance collecte vos données personnelles en vue de la gestion et traitement de vos demandes de remboursement.

Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès de la CNDP sous le numéro A-A-133/2013.

Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez vous adresser par courrier au délégué à la protection des données à l'adresse suivante : RMA - Audit Interne et Maîtrise des Risques / DPO - 83 Avenue de l'Armée Royale - 20000 Casablanca - Maroc ou en envoyant un mail à l'adresse suivante : dpo@rmaassurance.com

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

Fait à

Signature de l'assuré(e)

NUTRITIONNISTE
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca
Sur Rendez-vous

الدكتورة زينب السلاوي
محرري
اختصاصية في أمراض النساء البيضاء
أستاذة سابقاً بكلية الطب
بالموعظ

Casablanca, le :

10/01/2024

الدار البيضاء، في :

Mr Kamal Khalid

1103.00 x 5

VICTOZA

0.6MG /JOUR 1 SEMAINE AU COUCHER PUIS 1.8 MG 3MOIS

479,000 x 30

JARDIANCE 10

29,000 x 6

DIAFORMINE 1000

210,00

AIGUILLES VERIFIÉES 4 MM

7738.00

صيدلية بيت الفتح
PHARMACIE BÄYT AL FÄTH
N° 6 Rés. Bayt Al Fath Quartier Beausite
Ain Sebâa Casablanca
Tél : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 66 24 62
E-mail : aliaaf@yahoo.com

SL

52

32

३०

Docteur Zineb SLAOU DIOURI
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
NUTRITIONNISTE
40, Angle Rue Yac - Hôpital de Rue Dubreuil, Casa
Tél : 05 22 28 35 45 / 05 22 48 27 75
INPE : 091130397 - ICE : 00169743300063

Aliaa FASSI FIHRI
0522344753
QUARTIER BEAUSITE RESIDENCE BAYT AL FATH N°6 AIN
SEBAA

Facture N° 20240207-187

Date
2024-01-10

Client
kamel khalid
Adresse

Produit	Qté	P.U	TVA	Total
VERIFINE AIGUILLE 4MM*32G B100	1	210.00	20%	210.00
DIAFORMINE CO 1000MG B30 COMP	6	21.00	0%	126.00
JARDIANCE CO 10MG B30 COMP PELLI	3	479.00	0%	1437.00
VICTOZA IN 6MG/ML STYLO PRÉ-REMPLI INJECTABLE REF 1100024	5	1193.00	0%	5965.00
Total HT		TVA		Total
7703.00 DHS		35.00 DHS		7738.00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : Sept Mille Sept Cent Trente-Huit DHS

الشركة بيت الفتح
N°6 Res. Bayt Al Fath Quartier Beausite
Al Sebaa Casablanca
Tél: 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 66 24 62
E-mail: aliaaf@yahoo.fr 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 66 24 62

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : KANIEL Khadidj

Date de naissance : 20/08/1981

Nature de la maladie : Diaète

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	10/1/2024	Q 3000			Docteur Zineb ENDOCRINOLOGISTE 40 Angle Rue des Hospitaliers Tel: 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 66 24 62 INPE: 03 120355 - IC: 120355
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies					

Pharmacie

Factures

Date

Montant

10/01/2024

7738,00

ج. الفنت
PHARMACIE BAYT AL FATH
N°6 Rés. Bayt Al Fath Quartier Beausite
Ain Séba Casablanca
Tel: 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 66 24 62
E-mail: phar@vahid.com

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.