

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.



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

Déclaration de Maladie

M24-0011016

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HAICIMA HULA

Date de naissance : 1/1/63

Adresse :

Tél : 066178650

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 : 08/3/2019

Signature de l'adhérent(e) :

PR4FF05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

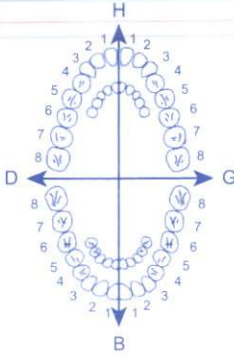
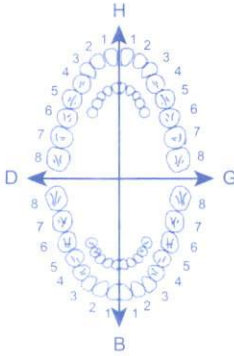
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 25533412 00000000 D </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] 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.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						Rer (C / V) : 03040242	
N° Affiliation : 00130839 99 002215						N° Externe :	
Personne soignée : KAMEL KHALID						Date ouverture : 20/02/2024	
N° sinistre : 2024005 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	

FEUILLE DE DECOMPTÉ DESTINÉE A L'ASSURE

Nature des Prestations PHARMACIE CONSULT SPEC TOTAL		Colation M.T. Colation M.A.P.	Vous avez payé 7736.00 300.00	Base de Remboursement 7736.00 300.00	Taux de Remboursement 98.00 98.00	Montant de Remboursement 7572.88 294.00
N° de la maladie 2024008 00		N° d'attente 2024008 00	Personne assurée KAMEL KHALID	N° d'attention 00130839 98 002318	Assure KAMEL KHALID	Employeur MAROC BURBAU
Date règlement 20240203		Date ouverture 20240203	N° Système 00040242	Ret. (C.V.) 00040242	Page 1/1	

1-1: Taux non remboursables (taux de 100%)

Montant A Rembourser
7572.88

FOR QWADA VERSION 01 DU 2023/08/25

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

Page 1/1

Employeur : MAROC BUREAU
Assuré : KAMEL KHALID
N° Affiliation : 00130838 99 002215
Personne soignée : KAMEL KHALID
N° sinistre : 2024005 00
Nature de la maladie :

Réf (C / V)	: 03040242
N° Externe	:
Date ouverture	: 20/02/2024
Date règlement	: 23/02/2024

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	96.00	288.00
PHARMACIE	1 0	0	7738.00	7703.00	96.00	7317.85
TOTAL			8038.00	8003.00		7602.85
1-1: TAXES NON REMBOURSEABLES (AIGUILLES)						Montant A Rembourser
						7602.85

FOR GM404 VERSION 01 DU 15/07/1998


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

Page 1/1

Employeur : MAROC BUREAU		R#r (C / V) : 03040242	Page 1/1
Assur# : KAMEL KHALID		N# Ext#r# :	
N# Affiliation : 00130838 98 002215		Date ouverture : 20/02/2024	
Personne soign#e : KAMEL KHALID		Date r#glement : 23/02/2024	
N# sinistre : 2024005 00			
Nature de la maladie :			

Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez pay#	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
CONSULT.SPEC.	0	0	300.00	300.00	95.00	285.00
PHARMACIE	0	0	7738.00	7703.00	95.00	7317.85
TOTAL			8038.00	8003.00		7602.85
1-1: TAUX NON REMBOURSEABLES (AIGUILLES)						Montant A Rembourser 7602.85

FOR-GN004 VERSION 01 DU 15.07.1998

Partie réservée à RMA

Date(s) de réception du courrier

1 2 3 4

Identification

N° du sinistre

599 2003 07 59

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 36 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

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom

Adresse

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom

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.

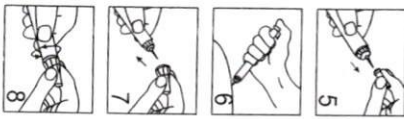
Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès de la CNDP sous le numéro A-A-133/2013.

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 email à l'adresse suivante : dpo@rmaassurance.com

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

Fait à

Signature de l'assuré(e)



Verifine®

Verifine®

Verifine®

PEN NEEDLES

REF IPN-32-4

LOT

213022



2027-02

210.00

Promised®

PROMISED HANGZHOU MEDITECH CO., LTD.
No. 12 Longtan Road, Gangshan Street,
Yuhang District, Hangzhou City,
311121 Zhejiang, P.R.C.

MT Promed Consulting GmbH
Altenhofstr. 80 66386 St.
Ingbert, Germany

En	Fr	Ar	Ru	Sp
CAUTIONS: <ul style="list-style-type: none">The needle is sterilized if the protective tab remains intact. After every injection, unscrew and remove the needle out of the insulin pen and dispose it in a sharps container.Consult the local health regulations for appropriate dispose. Keep it in a cool and dry place and away from chemical substances.	PRECAUTIONS: <ul style="list-style-type: none">L'aiguille est stérile si le scellé de protection reste intact. Après toute injection, dévisser et retirer l'aiguille du stylo d'insuline et l'éliminer dans un contenant pour objets tranchants.Consulter les réglementations de santé en vigueur dans le pays. A conserver dans un endroit frais et sec, loin des substances chimiques.	تحذيرات: <ul style="list-style-type: none">تظل الإبرة معقمة ما دام الغطاء محكم بعد كل حقن. افحص الغطاء ولم يزل الإبرة من قلم الإنسولين و التخلص منها في حاوية المواد الحادة.استعن باللوائح الصحية للدولة المعنية بحفظ في مكان جاف و بارد و بعيدا عن المواد الكيميائية.	ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ: <ul style="list-style-type: none">Игла является стерильной, если защитная этикетка не повреждена. После каждой инъекции открутите иглу от инсулиновой ручки и утилизируйте в соответствующий контейнер.Проконсультируйтесь с органами здравоохранения соответствующей страны. Хранить в прохладном сухом месте, вдали от химических веществ.	PRECAUCIONES: <ul style="list-style-type: none">La aguja está esterilizada si la etiqueta de protección se mantiene intacta. Después de cada inyección, desatornille y extraiga la aguja del lápiz de insulina, luego deséchela en un contenedor de objetos cortopunzantes.Consulte la regulación local respecto a la correcta forma de desecho. Manténgase en un lugar fresco y seco, alejado de sustancias químicas o peligrosas.

CE 0197

100



STERILE EO



Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade :

Date de naissance :

Nature de la maladie :

En cas d'accident :

(préciser causes et circonstances)

Nature des prestations

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
10.1.2024 Médecin traitant					
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies					

En cas de grossesse, la découverte d'une grossesse alors que vous prenez ce médicament impose de changer votre traitement.
 La découverte d'une grossesse impose de changer votre traitement.
 Ce médicament est contre-indiqué en période d'allaitement.
 Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.
 Allaitement :
 Demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien avant de prendre tout médicament.
 En cas de désir de grossesse, prévenez votre médecin.
 Prévenez votre médecin traitant qui se chargera de régler votre traitement.
 pour de l'insuline.
 lipase et l'amylase.
 Peu fréquents: po
 Réactions allergi
 urticaire (un typ
 Déshydratation.

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

الدكتورة زينب السلاوي الحوري
 اختصاصية في أمراض الغدد البيضاء
 أستاذة سابقا بكلية الطب
 بالموقع

Casablanca, le : 10/01/2024 : الدار البيضاء، في :

Mr Kamel Khalid

1193,00 x 5

VICTOZA

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

479,00 x 3

JARDIANCE 10

1CP MATIN A JEUN 3MOIS

29,00 x 6

DIAFORMINE 1000

1CP MATIN ET 1CP SOIR AU MILIEU DU REPAS 3 MOIS

210,00

AIGUILLES VERIFINE 4 MM

7738,00

صيدلية بيت الفتح
PHARMACIE BAYT AL FATH
 N° 6 Rés. Bayt AL Fath Quartier Beausite
 Ain Sebâa Casablanca
 Tél : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 66 24 62
 Email : aliaaf@yahoo.com

Docteur Zineb SLAOU DIOURI
 ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE
 NUTRITIONNISTE
 40, Angle Rue des Hôpitaux et Rue Dubreuil, Casa
 Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75
 INPE : 091130397 - ICE : 001697433000063

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

صيدلية بيت الفتح
PHARMACIE BAYT AL FATH
N° 6 Rés. Bayt Al Fath Quartier Beausite
Ain Sebba Casablanca
Tél: 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 66 24 62
E-mail: aliaa@yahoo.fr
N° 6 Rés. Bayt Al Fath Quartier Beausite
Ain Sebba Casablanca
Tél: 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 66 24 62
E-mail: aliaa@yahoo.fr

IF : 48204375 RC : 280420 ICE : 000467800000061 Tel : 0522344753 RIB :

0117930000232100006018380 Address : QUARTIER BEAUSITE RESIDENCE BAYT AL FATH N°6 AIN SEBAA

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : **KANIEL KHAGGI**

Date de naissance :

Nature de la maladie : **Diabète**

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	9	3000		Docteur Zineb SLAOUI ENDOCRINOLOGUE NUTRITIONNISTE 40 Angle Rue des Hippocrates Tél : 05 22 20 23 51 INPE : 1313035-JC
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies					

Pharmacie

Factures

Date

Montant

10/01/2024

7738,00

صيدلية بيت الفتى
PHARMACIE BAYAT AL FATH
N° 6 Rés. Bayat Al Fath Quartier Beausite
Ain Sebba Casablanca
Tél : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 66 24 62
Email : bayat@bayat.ma

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.