

# 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.

M23-009825

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Complément

204700

Code réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6940 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : AOUAD KHALID

Date de naissance : 17-11-1957

Adresse :

Tél. : 0654 430 667 Total des frais engagés : Dhs

## Code 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 : ..... ALC

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 : Casablanca 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

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

### [Création, remont, adjonction]

## Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession

A diagram showing a 10x10 grid of numbered circles (1-10) arranged in a pattern. The grid is centered around a circle labeled 'H' at the top. Arrows point to 'D' (left), 'G' (right), 'B' (bottom), and 'H' (top). The numbers in the circles are as follows:

- Row 1: 1, 2, 1, 2, 3, 4, 3, 4, 5, 6
- Row 2: 2, 1, 2, 3, 4, 3, 4, 5, 6
- Row 3: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1
- Row 4: 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2
- Row 5: 5, 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3
- Row 6: 6, 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4
- Row 7: 7, 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5
- Row 8: 8, 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6
- Row 9: 9, 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
- Row 10: 10, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

**VISA 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
---	---	---	---

## Identification

N° du sinistre

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

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](http://www.rmaassurance.com)



تصريح بالمرض

## Déclaration de maladie

### Type de déclaration

Maladie  Maternité  Optique  Clinique  Traitements spéciaux

N° d'affiliation  7 Intermédiaire : .....

Souscripteur : B.P.E.C Cachet du souscripteur :

N° de police : 402 080 100 74, Rue Jean Jaurès - Casablanca

Adresse : 74 Rue Jean Jaurès Casablanca Tel: +212 522 47 01 76 / 47 02 79 / 22 97 56

Fax: +212 522 29 68 61

IC.N°: 68873 - Pat N°: 35508549 - IF N°: 01020715

ENN N°: 2292689 - ICE N°: 000027058000038

### Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : EL HABZI CHADIA

Adresse : B.P.E.C

### Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : EL HABZI CHADIA Lien de parenté : M

Montant des frais engagés : 606,00 DHS.....

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 Casablanca, le 28/03/2014 Signature de l'assuré(e)

ME  
MF

## 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
Médecin traitant	02	AN <sup>2</sup>	357,61 M		Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid Dr. BENBOL Samir Urgentiste 090061862
	03	26 M			
	09	12 M			

## Pharmacie

Factures		Montant
Date	MONTANT	
02/03/2014		245,80

Signature & cachet

Pharmacie SALM

Bd Oum Rabie El Ouafaa '1  
Magasin N° 151 Bay Hassani  
Tél: 0951 22 CASA  
BENABDERRAHMANE Salma

INP 92052208

### 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.



المستشفى الجامعي  
الدولي الشيف خاليفه

وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le:

2400841598 / H0124007065

Prénom : Chadia

Nom : EL HABZI

DDN : 12/03/1972 E: 02/03/2024

Service : URGENCES (NA)

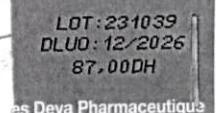
PAYANT  
Sexe: F



LOT : 6197  
PER : 07 - 26  
P.P.V : 24 DH 40

NEOFORTAN® 160 mg

PPV 98DH80  
EXP 06/2026  
LOT 33024 3



Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc  
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367  
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma



**DECOMPTE PHARMACIE**

**2400841598**

**Nom patient : EL HABZI CHADIA**

Date sortie : 02/03/2024

Produit	Quantité	Prix Unitair	Montant
APOTEL 100 MG / ML, S INJECTA (01)	1	16,90	16,90
CLOPRAZINE 10mg Injecta (10)	1	1,39	1,39
OMEPRAZOLE N 40mg Injecta (50)	1	23,72	23,72
SPASFON 40mg Injecta (06)	1	4,35	4,35
<b>Sous-Total médicaments</b>			<b>46,36</b>
COMPRESSE STERILE TISSE 5X5 PQT 5	1	1,44	1,44
INTRANULE G 20	1	1,61	1,61
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	5,86	5,86
SERINGUE 10ML	2	0,94	1,88
TAMPON ALCOLISE LINGETTE P. ECBU ESP.BIO	1	0,26	0,26
<b>Sous-Total consommable médical</b>			<b>11,05</b>
<b>Total pharmacie</b>			<b>57,41</b>

  
 El Habzi Chadia  
 Tel.: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 29 00 44 77  
 E-mail: contact@elkm-hci



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

Date : 18/01/2014

**Quittance - Paiement espèces 0862768**

IPP : .....

N° D'admission : 202841508 Montant : 351,000 DA

Patient : EL Harrag chadis

Payé par : .....

Cachet

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° : 36285 / 2024 du 02/03/2024

Nom patient	EL HABZI CHADIA	Entrée	02/03/2024
	PAYANTS	Sortie	02/03/2024

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CONSULTATION EXCLUSIVE D'URGENTISTE	1,00		300,00	300,00
			<i>Sous-Total</i>	300,00
PHARMACIE	1,00		57,41	57,41
<b>Total Clinique</b>				<b>357,41</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE-SEPT DIRHAMS QUARANTE ET UN CENTIMES	<b>Total</b>	<b>357,41</b>

Signature :  
Oum Rabii  
Tel. 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@hckz.ma

## FEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE

<b>Employeur:</b>	BPEC	<b>Mode Paiement:</b>	Virement compte assuré
<b>Assuré:</b>	EL HABZI CHADIA	<b>Référence:</b>	2047313
<b>N° Affiliation:</b>	0040208000 7	<b>Date réception Lot:</b>	19/03/2024
<b>Personne soigné:</b>	EL HABZI CHADIA	<b>N° externe:</b>	
<b>N° sinistre:</b>	2403139070	<b>Date survenance:</b>	02/03/2024
<b>Nature de la maladie:</b>		<b>Date ouverture:</b>	21/03/2024
		<b>Date règlement:</b>	02/04/2024

Famille prestation	Coef. Présenté	Coef. Remb	Frais Engagés	Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant de remboursement
1. Consultation			300,00	300,00	80,00	240,00
2. Pharmacie			87,00			0,00
3. Pharmacie			11,05			0,00
4. Pharmacie			46,36	46,36	80,00	37,09
5. Pharmacie			161,80	161,80	80,00	129,44
<b>TOTAL</b>			<b>606,21</b>	<b>508,16</b>		<b>406,53</b>

2.1 PRODUIT "RELAXIUM": NON REMBOURSABLE (.....)

3.1 Objets et fournitures à usage médical non remboursables (.....)