

# 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'El  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



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

## Déclaration de Maladie

M23-009825

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6340 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : AQUAD KHAUD  
 Date de naissance : 17-10-1952  
 Adresse :  
 Tél. : 0654 430667 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 : Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



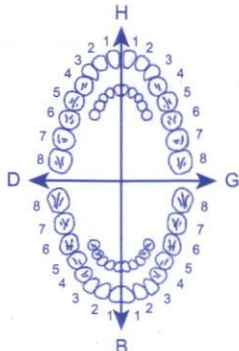
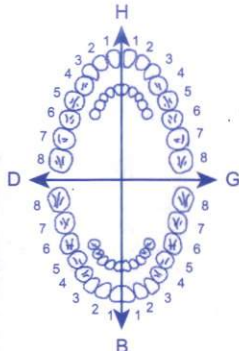
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

## Important :

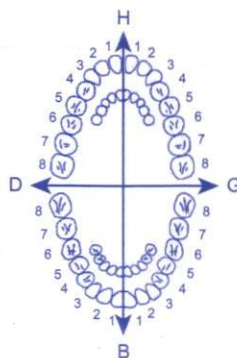
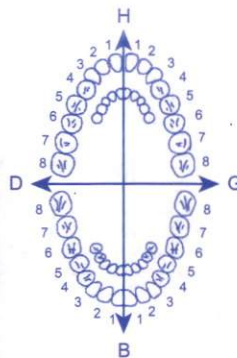
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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															
	<div style="text-align: center;"> H  <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">D</td> <td style="padding: 2px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;">B</td> </tr> </table> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	G														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	B															
	<div style="text-align: center;"> <b>[Création, remont, adjonction]</b>  Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div>			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

**Important :**  
Veuillez 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			
					CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE					
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div><div>D                    G</div><div><div>0000000000000000</div><div>3553341111433553</div></div><div>B</div></div>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>		
				MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>		
	<div><div>[Création, remont, adjonction]</div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>			DATE DU DEVIS	<input type="text"/>		
				DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>		

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	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

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



تصريح بالمرض  
**Déclaration de maladie**

Type de déclaration	
<input checked="" type="radio"/> Maladie	<input type="radio"/> Maternité <input type="radio"/> Optique <input type="radio"/> Clinique <input type="radio"/> Traitements spéciaux
N° d'affiliation	71 Intermédiaire : .....
Souscripteur : B.P.E.C	Cachet du souscripteur : <b>B.P.E.C</b> 74, Rue Jean Jaures - Casablanca Tel: +212 522 47 01 76 / 47 02 79 / 22 97 56 Fax: +212 522 29 68 61 RC N°: 68873 - Pat N°: 35508549 - IF N°: 01020715 CNSS N°: 2792689 - ICE N°: 000027058000038
N° de police : 402080/100	
Adresse : 74 Rue Jean Jaures Casablanca	

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 : Mm
Montant des frais engagés : 606,21	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 Casa, le 08/03/24 Signature de l'assuré(e)



Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : .....  
Date de naissance : .....  
Nature de la maladie : *Douleurs abdominales*  
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	<i>02</i>	<i>PN</i>		<i>357,41M</i>	<i>Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid Dr. BENBROU Samir Urgentiste</i>
	<i>03</i>	<i>36</i>			
	<i>04</i>	<i>12</i>			
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies					

Pharmacie

Factures		Signature & cachet
Date	Montant	
<i>02/03/20</i>	<i>248,80</i>	<i>Pharmacie SALM</i> <i>Bd Oum Rabie El Ouafaa' 1</i> <i>Magasin N° 251 Ex Hassani</i> <i>Tel: 89.57.22 C.A.S.A</i> <i>BENABDERRAHMANE Salma</i> <i>INP 92052208</i>

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.

وصفة طبية  
Ordonnance



2400841598 / H0124007065  
Prénom : Chadia  
Nom : EL HABZI  
DDN : 12/03/1972 E: 02/03/2024  
Service : URGENCES (NA)

PAYANT  
Sexe : F

IXOR® 20 mg 7 comprimés effervescent  
PPV 38DH60  
EXP 06/2025  
LOT 36022

3866

1) IXOR 20mg (SL)

24.10.1 Cp 1 j b mat' paco

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

2) Nausein Cp

up x 31 j si vmi. stent

NEOFORTAN® 160 mg

3) Neofortan 160mg

PPV 98DH80  
EXP 06/2026  
LOT 33023 3

up x 21 j

4) Rehain 200mg

LOT: 231039  
DLUO: 12/2026  
87,00DH

1 gél 1 j b soir

24880

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
CLOPRAME 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>

  
 Nihal Chahine  
 Tel: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 29 00 44 77  
 E-mail: contact@clcm-hcl



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
HUICK

Date : 17/03/2014

Quittance - Paiement espèces 0862768

IPP : .....

N° D'admission : 2421508 Montant : 357,44 Mds

Patient : EL Harzi Chadia

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
			<i>Sous-Total</i>	57,41
Total Clinique				357,41

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	357,41
TROIS CENT CINQUANTE-SEPT DIRHAMS QUARANTE ET UN CENTIMES		

  
 HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID  
 Tel: 05 29 03 53 45  
 Fax: 05 22 89 28 54  
 e-mail: contact@hcz.gov.ae

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



**RMA**

ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

## FEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE

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