

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 0042077

ND: 32906

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 78 26 Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....


Nom & Prénom : RAHI ES SADI

Date de naissance : 30/12/1961

Adresse : Habituelle

Tél. : 06 61 31 10 14 Total des frais engagés : 2004 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : Zhan Yassin Age: 22 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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) : 

1	2	3	4
---	---	---	---

C.C



## Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : Zhan - Yassin



Date de naissance : 1984

Nature de la maladie : Diabète

En cas d'accident : \_\_\_\_\_  
(préciser causes et circonstances) \_\_\_\_\_

**Dr. BELMELHI Mohamed**  
D.U. en Diabétologie  
Diplômé en Endocrinologie  
Membre de la Société Royale de Médecine  
Bd. Rada Guedira, Casablanca  
Tél: 05 22 56 56 51 - E-mail: belmelhi@hotmail.fr

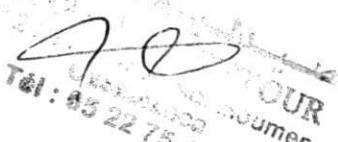
## Nature des prestations

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
Médecin traitant	30/11/2020	C7		200,00	
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies	30/11/2020	3150		134	

**Dr. BELMELHI Mohamed**  
D.U. en Diabétologie  
Diplômé en Endocrinologie  
Membre de la Société Royale de Médecine  
Bd. Rada Guedira, Casablanca  
Tél: 05 22 56 56 51 - E-mail: belmelhi@hotmail.fr

**Dr. BELMELHI Mohamed**  
D.U. en Diabétologie  
Diplômé en Endocrinologie  
Membre de la Société Royale de Médecine  
Bd. Rada Guedira, Casablanca  
Tél: 05 22 56 56 51 - E-mail: belmelhi@hotmail.fr

## Pharmacie

Factures		Signature & cachet
Date	Montant	
30/11/2020	2456,60 DH	

**Dr. BELMELHI Mohamed**  
D.U. en Diabétologie  
Diplômé en Endocrinologie  
Membre de la Société Royale de Médecine  
Bd. Rada Guedira, Casablanca  
Tél: 05 22 56 56 51 - E-mail: belmelhi@hotmail.fr

## 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.

Docteur Mohamed BELFATMI

الدكتور محمد بالفاطمي

- D.U en Diabétologie
- D.U en Nutrition
- Membre de la Société Francophone de Diabétologie
- Ex Médecin Chef de l'unité de Diabétologie au Centre Hospitalier Moulay Rachid
- Diplômé en Echographie
- Spécialiste en médecine de travail

- دبلوم جامعي في داء السكري
- دبلوم جامعي في التغذية
- عضو جمعية فرانكفونية لداء السكري
- رئيس وحدة داء السكري بالمركز الإستشفائي مولاي رشيد سابقا
- شهادة الفحص بالصدى
- اخصائي في طب الشغل

Casablanca, de 30/1/2006 في الدار البيضاء.

Mr Yassin MINA

Educateur Nat Natuall

438,00p3

André

93,40x4

744,00

Laurent

Tecum Spar

245,60p3

شارع رضي (الكديرة (النيسل سابقا) 546 قرية الجماعة - الدار البيضاء / الهاتف : 05 22 56 56 61

Boulevard Reda Guedira Ex : Bd Nil N° 546 Casablanca Cité Djamaâ

Tél. 05 22 56 56 61 - E-mail : dr-belmoha@hotmail.fr

DR. BELFATMI Mohamed  
D.U. en Diabétologie D.U. en Nutrition  
Diplômé en Echographie  
Membre de la Société Francophone de Diabétologie  
Bd Reda Guedira Cité Djamaâ  
Tél. 05 22 56 56 61 E-mail: belmoha@hotmail.fr

طبيب  
DR. BELFATMI Mohamed  
N° 245,60p3  
Tél. 05 22 56 56 61  
Tél. 05 22 56 56 61

M d R  
MS

Docteur Mohamed BELFATMI

- D.U en Diabétologie
- D.U en Nutrition
- Membre de la Société Francophone de Diabétologie
- Ex Médecin Chef de l'unité de Diabétologie au Centre Hospitalier Moulay Rachid
- Diplômé en Echographie
- Spécialiste en médecine de travail

الدكتور محمد بالفاظمي

- دبلوم جامعي في داء السكري
- دبلوم جامعي في التغذية
- عضو جمعية فرانكفونية لداء السكري
- رئيس وحدة داء السكري بالمركز الإستشفائي مولاي رشيد سابقا
- شهادة الفحص بالصدى
- اختصاصي في طب الشغل

Casablanca, de 30/01/2012 في الدار البيضاء.

Mr ZAKIR YASSIN

marabout de 29

11611c

DR BELFATMI Mohamed  
D.U. en Diabétologie, D.U. en Nutrition  
Diplômé en Echographie  
Diplômé en Médecine du Travail  
Membre de la Société Francophone de Diabétologie  
Bd. Reda Guedira, Cité Djamaâ  
Tél. 05 22 56 56 61 - E-mail: belmohas@hotmail.fr

# Laboratoire d'analyses médicales OTTOUR

Dr. Imane BAZINE  
Biologiste

## FACTURE

Facture N° : 44196

Date : 30/01/2020

ZHAR YASSIR

CASABLANCA

Analyses	
Désignation	Code
HbA1c	B 100

Total : B 100

Total à payer : 134

Arrêtée la facture à la somme de CENT TRENTE-QUATRE DIRHAMS

Signature

Laboratoire d'Analyses Médicales  
OTTOUR  
Lotissement Al Hamd BD Elhoucine Scussi N° 88/90 Sidi Moumen Casablanca 90/88  
Tél/Fax : 05 22 75 06 93 - GSM : 06 75 05 01 32 - Email : labottour@gmail.com  
Sous-traitant : 05 22 75 06 93 - Casablanca  
E-mail : labottour@gmail.com

N.B : Tout changement de la date de la facture et non permis  
(Veuillez respecter les délais de dépôt de vos dossiers médicaux des organismes d'assurance)

**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**

ROYAUME  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

**FEUILLE DE DECOMPTÉ DESTINÉE A L'ASSURÉ**

<b>Employeur</b> : S.T.C.R						<b>Page</b> 1/1	
<b>Assuré</b> : ZHAR SAID							
<b>N° Affiliation</b> : 00852250 00 000585						<b>Réf (C / V)</b> : 09608318	
<b>Personne soignée</b> : ZHAR YASSIR						<b>N° Externe</b> :	
<b>N° sinistre</b> : 2020001 00						<b>Date ouverture</b> : 12/02/2020	
<b>Nature de la maladie</b> :						<b>Date règlement</b> : 30/03/2020	
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	200.00	200.00	80.00	160.00	
LABO-ANAL	0	0	134.00	134.00	80.00	107.20	
PHARMACIE	0	0	2454.60	2454.60	80.00	1963.68	
<b>TOTAL</b>			<b>2788.60</b>	<b>2788.60</b>		<b>2230.88</b>	
1-1: RETRAIT DES FRAIS DE GESTION CARTE SIHATCOM 25.00 DH						<b>Montant A Rembourser</b>	
						<b>2205.88</b>	

**NB : Votre remboursement est versé sur votre carte SIHATCOM**

FOR-090004 VERSION 01 DU 15/07/1998