

# 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

- Reclamation : 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 - Quai de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

# Déclaration de Maladie

N° W19-587263

47517



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4961

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El Ihabi Abdelaziz

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0668197653

Total des frais engagés : Complément Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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) :



### 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
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

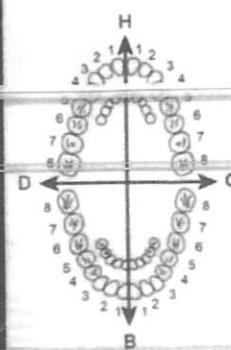
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

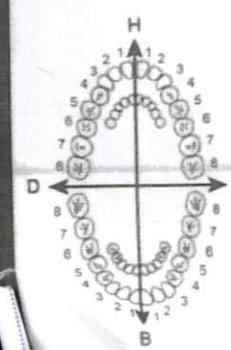
#### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>



### ODF PROTHÉSES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA  
CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE 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)



**RMA**

ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

تصريح بالمرض

## Déclaration de maladie

### Type de déclaration

Maladie    Maternité    Optique    Clinique    Traitements spéciaux

N° d'affiliation  4 Intermédiaire : .....

Souscripteur : ACI ASSURANCES

N° de police : 401378

Adresse : .....



### Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : Fikri Houicha

Adresse : .....

### Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : Haj M'hamed

Lien de parenté : .....

Montant des frais engagés : 300 DT, 50 DHS

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

Fait à ..... , le ..... Signature de l'assuré(e)

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : Yome Fekri Houda

One finds Huda.

Date de naissance : ..... 46. aus.

Nature de la maladie : Iceberg comme dans le film Star

Interc. conjunctival + 880

En cas d'accident : .....

(préciser causes et circonstances).....

## Nature des prestations

## Pharmacie

## Factures

Date	Montant
25-07-2020	26,10
03.08.20	117,00

### Signature & cachet

10

### **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.



Casablanca, le : 29/07/2020

NOTE D'HONORAIRES

Nom et Prénom du Patient :

Omne Fikri Hanola

Médecin Traitant :

Dr. ANIBA MYRIEM  
Hématologie Clinique  
Bd. Al Qods, Imm.35, GH 06 N°04  
1er Etage-Casablanca  
Tel: 0522 87 37 50-GSM: 0664 42 82 13

Acte :

C5

Montant des Honoraires :

500,00 DHS

Montant en Chiffre :

cinq cent dirhams

Sur Facture N° :

Dr. ANIBA MYRIEM  
Hématologie Clinique  
Bd. Al Qods, Imm.35, GH 06 N°04  
1er Etage-Casablanca  
Tel: 0522 87 37 50-GSM: 0664 42 82 13

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - GSM : 06 61 99 67 26  
I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919

Dr. ANIBA Myriem

Hématologue  
(Adultes et enfants)

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة عنيبة مريم

أخصائية في أمراض الدم  
(البالغين والأطفال)

خريجة كلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 29/07/2020

Omne Fiki Haec

→ Anémie à 6,7 g/dL

Transfusion sanguine

en os Céto globulaire

phénotype Béta cyte

Dr. ANIBA MYRIEM  
Hématologie Clinique  
Bd. Al Qods/Imm.35, GH 06 N°04  
1er Etage- Casablanca  
0522873150-GSM: 0664428213

شارع القدس، الضمان GH06، عمارة 35 الشقة 4 الطابق 1، الدار البيضاء

Boulevard Al Qods, Imm 35 GH06 N°04, 1er étage, Casablanca

05 22 87 37 50 (Urgence : 06 64 42 82 13) E-mail : myriemaniba@gmail.com



### BON d'ATTRIBUTION

NUMERO 0000000569980

Date et heure 30/07/2020 - 12:54  
Etablissement RYAD ONCOLOGIA CLINIQUE  
(05PRI00232)  
20000

Malade no 0639230  
Nom et prenom FIKRI HOUEDA  
Sexe / ne(e) le F  
Groupe sanguin AB Positif

Service  
Ref. commande 1002486338

#### CGR homologue Déleucocyté Syst clos (3H100)

Four	NO DE DON /	No Lot	GR	Unite	Qte	Perime le	Qualificatifs	Vol
0005	05193203317		AB+		1	09/09/2020		250

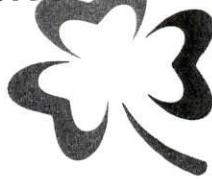
#### TOTAL

Produit - Libelle	Qte	Vol	PU (Dh)	Prix Total
3H100 / - CGR homologue Déleucocyté Syst clos	1	250	509/poche	509

#### Signature responsable

FATIMA.L





**F A C T U R E**

N° : **6285** / 2020 du **04/08/2020**

Nom patient **FIKRI HOUDA**

Entrée **29/07/2020**

**PAYANT**

Sortie **29/07/2020**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		1 000,00	1 000,00
			<i>Sous-Total</i>	1 000,00
		<b>Total Clinique</b>		<b>1 000,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

**MILLE DIRHAMS**

**Total** **1 000,00**

Compte bancaire : 007 780 0003518000000410 61 AWB

**Professeur A.ACHARKI**  
Onco-Radiothérapeute

**Docteur H. EL BOUSSAIRI**  
Onco-Radiothérapeute

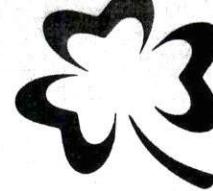
**Docteur O. ALAMI**  
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - GSM : 06 61 99 67 26

I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919

N°15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700 (LG) / GSM:06619967 / Fax: 0522862556



**F A C T U R E**

N° : **6284X / 2020** du **04/08/2020**

Nom patient **FIKRI HOUDA**

Entrée **29/07/2020**

**PAYANT**

Sortie **30/07/2020**

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>FRAIS CLINIQUE</b>	<b>1,00</b>		<b>500,00</b>	<b>500,00</b>
				<b>Sous-Total</b> <b>500,00</b>
<b>Total Clinique</b>				<b>500,00</b>
<b>DR. ANIBA MYRIEM (hematologue)</b>	<b>1,00</b>		<b>500,00</b>	<b>500,00</b>
				<b>Sous-Total</b> <b>500,00</b>
<b>CENTRE REGIONAL DE TR (laboratoire)</b>	<b>1,00</b>		<b>509,00</b>	<b>509,00</b>
<b>CENTRE REGIONAL DE TR (laboratoire)</b>	<b>1,00</b>		<b>45,00</b>	<b>45,00</b>
				<b>Sous-Total</b> <b>554,00</b>
<b>Total Autres prestations</b>				<b>1 054,00</b>

*Arrêtée la présente facture à la somme de :*

<b>MILLE CINQ CENT CINQUANTE-QUATRE DIRHAMS</b>	<b>Total</b>	<b>1 554,00</b>

Compte bancaire : 007 780 000351800000410 61 AWB

**Professeur A.ACHARKI**  
Onco-Radiothérapeute

**Docteur H. EL BOUSSAIRI**  
Onco-Radiothérapeute

**Docteur O. ALAMI**  
Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs  
N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - [www.oncologiryad.com](http://www.oncologiryad.com)  
GSM : 0661 99 67 26 - 06 62 26 66 66 - 06 62 79 02 26  
I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919



**F A C T U R E**

N° : 6284 / 2020 du 04/08/2020

Nom patient **FIKRI HOUDA**  
**PAYANT**

Entrée 29/07/2020

Sortie 30/07/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1,00		1 000,00	1 000,00
			<i>Sous-Total</i>	1 000,00
				<b>Total Clinique</b>
				<b>1 000,00</b>
CENTRE REGIONAL DE TR (laboratoire)	1,00		509,00	509,00
CENTRE REGIONAL DE TR (laboratoire)	1,00		45,00	45,00
			<i>Sous-Total</i>	554,00
				<b>Total Autres prestations</b>
				<b>554,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
 MILLE CINQ CENT CINQUANTE-QUATRE DIRHAMS

**Total** 1 554,00

Compte bancaire : 007 780 000351800000410 61 AWB

**Professeur A.ACHARKI**  
 Onco-Radiothérapeute

**Docteur H. EL BOUSSAIRI**  
 Onco-Radiothérapeute

**Docteur O. ALAMI**  
 Onco-Radiothérapeute

SCP au Capital de 2.000.000 Dhs

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca  
 Tél. : 05 22 86 27 00 (LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - GSM : 06 61 99 67 26

I.C.E. : 001741149000027 - T.P. : 37990430 - I.F. : 40229787 - C.N.S.S : 8587919

N°15 Rue Allée du Persée / Tél: 0522862700 (LG) / GSM: 066 9967 / Fax: 0522862550

T.P. : 37990430 / I.F. : 40229787 / CNSS : 8587919 / ICE : 001741149000027

Dr. ANIBA Myriem

Hématologue

(Adultes et enfants)

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة عنيبة مريم

أخصائية في أمراض الدم  
(البالغين والأطفال)

خريجة كلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 03/08/2020

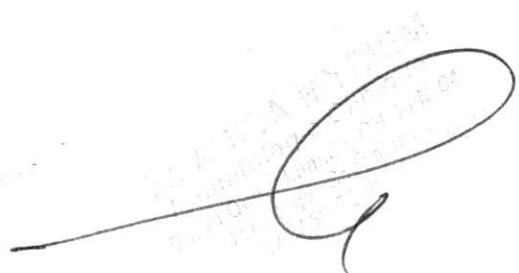
ame fikri hzodar

- NFS + RBC

- BT, BL, BC

- LDH

- VIT B12



شارع القدس، الضمان GH06، عمارة 35 الشقة 4 الطابق 1، الدار البيضاء

Boulevard Al Qods, Imm 35 GH06 N°04, 1er étage, Casablanca

☎ 05 22 87 37 50 (Urgence : ☎ 06 64 42 82 13) E-mail : myriemaniba@gmail.com

Dr. ANIBA Myriem

Hématologue

(Adultes et enfants)

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة عنيبة مريم  
أخصائية في أمراض الدم  
(البالغين والأطفال)  
خريجة كلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 03/08/2020

Omne Fikri Houda

58.50 x 2

Hydroxo 5000 & injectable

1 sing 201 jours

118.00

hydroxo 5000 & jour



شارع القدس، الضمان 5، عمارة H06  
H06 N°04، 1er étage، Casablanca  
2 82 13) E-mail : myriemaniba@gmail.com

Dr. ANIBA Myriem

Hématologue

(Adultes et enfants)

Diplômée de la Faculté de Médecine  
et de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة عنيبة مريم

أخصائية في أمراض الدم  
(البالغين والاطفال)

خريجة كلية الطب و الصيدلة  
بالدار البيضاء

Casablanca, le : 27/12/2020

ame fikri Houcine

26,20 ACFOL 5 mg gf

Scp/yr

Dr. ANIBA Myriem  
Hématologue Casablanca  
27/12/2020

ACFOL® 5mg

Acide folique / Comprimés

LOT : 14220004  
PER : 03/2024  
PPU : 26,20 DH

28

Comprimés  
Voie orale

as est-il utilisé?

4. Comment prendre ACFOL 5 mg, comprimés.  
5. Les effets indésirables éventuels.  
3. Conservation de ACFOL 5 mg, comprimés.

ACFOL® 5 mg

Acide folique / Comprimés

Boîte de 28 comprimés

lire cette notice avant d'utiliser ce médicament.

soin de la relire.

avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.  
ment prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes

ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à

Prévention des anomalies du tube neural : 1 comprimé par jour  
pendant quatre semaines avant la conception et les trois premiers  
mois de grossesse.

Si vous avez pris plus de ACFOL 5 mg comprimés que vous  
n'auriez dû :

En cas de surdosage ou d'ingestion accidentelle, veuillez

**CARMES****مختبر التحاليل و الابحاث الطبية و العلمية  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ARMES**

**A. ALAMI**  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Paris

**H. LAZRAQ**  
Pharmacien Biologiste  
Diplômé de la Faculté de Reims

Casablanca le 3 août 2020

Madame FIKRI EP EL IHABI HOUDA

FACTURE N°	3861	
Analyses :		
Numération formule sanguine -----	B	80
Bilirubines (T - D - I) -----	B	70
Lactate Déshydrogénase (L.D.H) -----	B	50
Vitamine B12 (cobas) -----	B	250
		Total : B 450
Prélèvements :		
Sang-----	Pc	1,5
TOTAL DOSSIER		550,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq Cent Cinquante Dirhams



شارع مولاي الحسن الأول  
الدار البيضاء 20070  
55, Av. Moulay Hassan 1er  
Casablanca 20070

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



**RMA**

ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

**FEUILLE DE DECOMpte DESTINEE A L'ASSURE**

Employeur	ASSURANCES POUR LE COMMERCE ET L'INDUSTRIE (A C I)					Page	1/1	
Assuré	FIKRI EP.EL IHABI HOUDA					Réf (C / V)	09641547	
N° Affiliation	00401372 00 000004					N° Externe		
Personne soignée	FIKRI EP.EL IHABI HOUDA					Date ouverture	16/06/2020	
N° sinistre	2020004 00					Date règlement	21/09/2020	
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.	1 0	0	1000.00	600.00	80.00	480.00		
TRAIT. SPEC.	0	0	554.00	554.00	80.00	443.20		
LABO-ANAL	0	0	550.00	550.00	80.00	440.00		
PHARMACIE	0	0	144.50	144.50	80.00	115.60		
J.HOSP.MED.	2 0	0	1000.00	400.00	80.00	320.00		
OTAL			3248.50	2248.50			1798.80	
1-1: REGLEMENT EFFECTUE CONFORMEMENT AUX CLAUSES CONTRACTUELLES							Montant A Rembourser	
2-1: REGLEMENT EFFECTUE CONFORMEMENT AUX CLAUSES CONTRACTUELLES							1798.80	

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



**RMA**

ROYALE  
MAROCaine  
D'ASSURANCE

**BORDEREAU RECAPITULATIF DES REGLEMENTS**

Date Edition	21/09/2020	Page :	1 / 1
Ref (C / V)	09641647		
Date Décision	21/09/2020		
Contrat	00401372 00		
Société	ASSURANCES POUR LE COMMERCE ET L'INDUSTRIE (A C I)  1 PLACE SAINT EXUPERY ANGLE AVENUE HASSAN II ET RUE ALLAL EL FASSI CASABLANCA	Apporteur	C1814 - ACI
1 Rp. St. Exupery Av. Hassan 2 CASABLANCA			

N° Assuré	Nom et Prénom de l'Assuré	N° Sinistre	Référence	Type Déclaration	Total Remboursement
000004	FIKRI EP.EL IHABI HOUDA	2020004 00		Déclaration de maladie	1798.80

Nombre Total de Décomptes

1

Montant Global

1798.80