

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0043855

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4161 Société : R.A.M.
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HILAL HAKIMA
Date de naissance : 11/1/53
Adresse : 19 BO BATHIM Roudrat JML Ap 20
Hadjer CASABLANCA
Tél. : 0661 17 86 50 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : KAMEL KHALID Age :
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 : CASABLANCA

Le : 12/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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

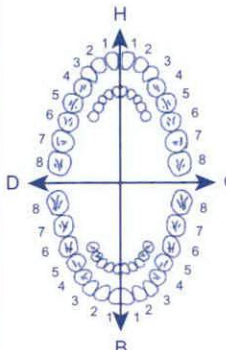
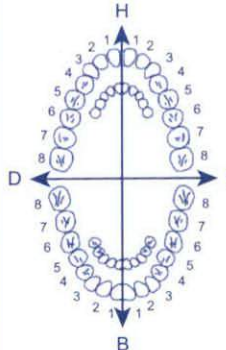
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'

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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				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 1.786.170.800 de DH - R.C. 15.207 - C.N.S.S. 111.8666

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**

Employeur : MAROC BUREAU Assuré : KAMEL KHALID N° Affiliation : 00130839 00 002525 Personne soignée : KAMEL KHALID N° sinistre : 2019016 00 Nature de la maladie :						Réf (C / V) : 02752214 N° Extérie : Date ouverture : 04/02/2020 Date règlement : 12/02/2020		Page 1/1
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	65.00	255.00		
PHARMACIE	0	0	3269.00	3269.00	65.00	2795.65		
TOTAL			3569.00	3569.00		3050.65		
1-1: REGLEMENT EFFECTUE A TITRE EXCEPTIONNEL						Montant A Rembourser 3050.65		

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



RMA | R
M
D

تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration



Maladie



Maternité



Optique



Clinique



Traitements spéciaux

N° d'affiliation

Souscripteur :

MAROC-BUREAU

Intermédiaire :

Cachet du souscripteur :

N° de police :

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

KAMEL KHALID

Adresse :

179 BD ROUDANI n°4/1 GSA

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom :

KAMEL KHALID

Lien de parenté :

M M

Montant des frais engagés :

3589,000 DHS

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

Fait à

GSA

le

11/10/09

Signature de l'assuré(e)

ENDOCRINOLOGIE

- DIABETE

- NUTRITION

(Sur Rendez-Vous)



- أمراض الغدد الهرمونية

- السكري

- التغذية

(بالموعد)

anca, le :

21 / 11 / 19

189,90

K A M E R K H L I V

57.00 x 5

19 x 31

1.00

30 x 3

170 vel 150

63.20 x 2

Xy 22al 5

69.00

ho fca vil

Xer celu m) (overe)

103.60

A-mal

250 x 2

Dnill

Horaire de Consultation:

283.00

Lundi - Vendredi : 9h - 17h

Samedi (matinée) : 9h - 12h

Milco

x 11

l'usage de ZYRTEC doit être évité pendant la grossesse. L'utilisation par inadvertance en cours de grossesse ne devrait pas avoir d'effet sur le fœtus. Cependant, ce médicament devra être administré uniquement si nécessaire et après avis médical. La cétirizine passe dans le lait maternel. Par conséquent, vous ne devez pas prendre ZYRTEC pendant l'allaitement sans avoir demandé l'avis de votre médecin.

Conduite de véhicules et utilisation de machines

ZYRTEC® 10 mg, comprimé pelliculé sécable
ZYRTEC® 10 mg/ml, solution buvable en gouttes
ZYRTEC® 1 mg/ml, solution buvable en flacon
 Dichlorhydrate de cétirizine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
 - Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
 - Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez à votre pharmacien.
 - Ce médicament ne doit pas être administré uniquement si nécessaire et après avis médical.
 Cependant, ce médicament devra être administré uniquement si nécessaire et après avis médical. La cétirizine passe dans le lait maternel. Par conséquent, vous ne devez pas prendre ZYRTEC pendant l'allaitement sans avoir demandé l'avis de votre médecin.

Conduite de véhicules et utilisation de machines
 Les études cliniques n'ont pas mis en évidence d'altération de la vigilance, du temps de réaction ou de la capacité à conduire après administration de ZYRTEC.

ZYRTEC® 10 mg, comprimé pelliculé sécable
ZYRTEC® 10 mg/ml, solution buvable en gouttes
ZYRTEC® 1 mg/ml, solution buvable en flacon
 Dichlorhydrate de cétirizine

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
 - Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
 - Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez à votre pharmacien.
 - Ce médicament ne doit pas être administré uniquement si nécessaire et après avis médical.
 - Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable, consultez votre pharmacien.

Dans cette notice :
 1. QU'EST-CE QUE ZYRTEC ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILE ?
 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER ZYRTEC ?
 3. COMMENT PRENDRE ZYRTEC ?
 4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
 5. COMMENT CONSERVER ZYRTEC ?
 6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

ZYRTEC solution buvable en gouttes et Zyrtec solution buvable en flacon
 ZYRTEC comprimé est indiqué chez l'adulte et chez l'enfant.

Amoxil®
 amoxicilline

IDENTIFICATION DU MÉDICAMENT
 DÉNOMINATIONS, FORMES ET COMPOSITION
 VUE D'ENSEMBLE : Composition exprimée en g

APR 1998
 158,30 DH

1. QU'EST-CE QUE APROVEL ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILE ?
 2. QUELLES SONT LES INFORMATIONS A CONNAÎTRE AVANT D'UTILISER APROVEL ?
 3. COMMENT PRENDRE APROVEL ?
 4. QUELS SONT LES EFFETS INDÉSIRABLES ÉVENTUELS ?
 5. COMMENT CONSERVER APROVEL ?
 6. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

Classe pharmacothérapeutique
 Aprovel appartient à un groupe de médicaments connus sous le nom d'antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II.

158,30 DH

PPV (DH) :
 LOT N° :
 UT. AV. :

Drill
 Pour sèche
 FACILEMENT
 sans sucre

Drill
 Pour sèche
 FACILEMENT
 sans sucre

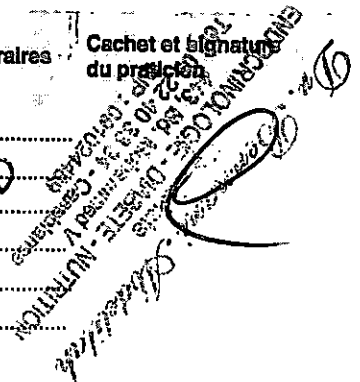
Date de naissance :

Nature de la maladie : **Diabète / HTA / hyperlipidémie**

En cas d'accident :

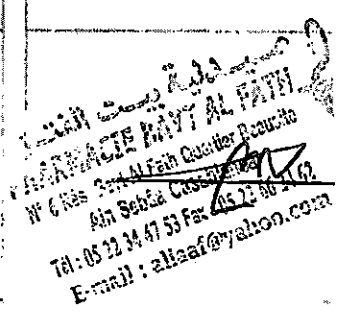
(préciser causes et circonstances)

Nature des prestations

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
Médecin traitant	24/11/19	Gy		300	
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies					

Date	Montant
21/11/2019	3289,90

Signature & cachet



Mr Mohamed El-Moutouk
N° 6 Kés 304 AL FATH Casier Recours
Ain Sebha Casier Recours
Tél: 05 22 14 47 53 Fax: 05 22 14 47
E-mail: alhaaf@yahoo.com

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.