

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dumetgt 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.

Biologie 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.

Éducation :

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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº M21- 0060050

MD

76048

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 :

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.

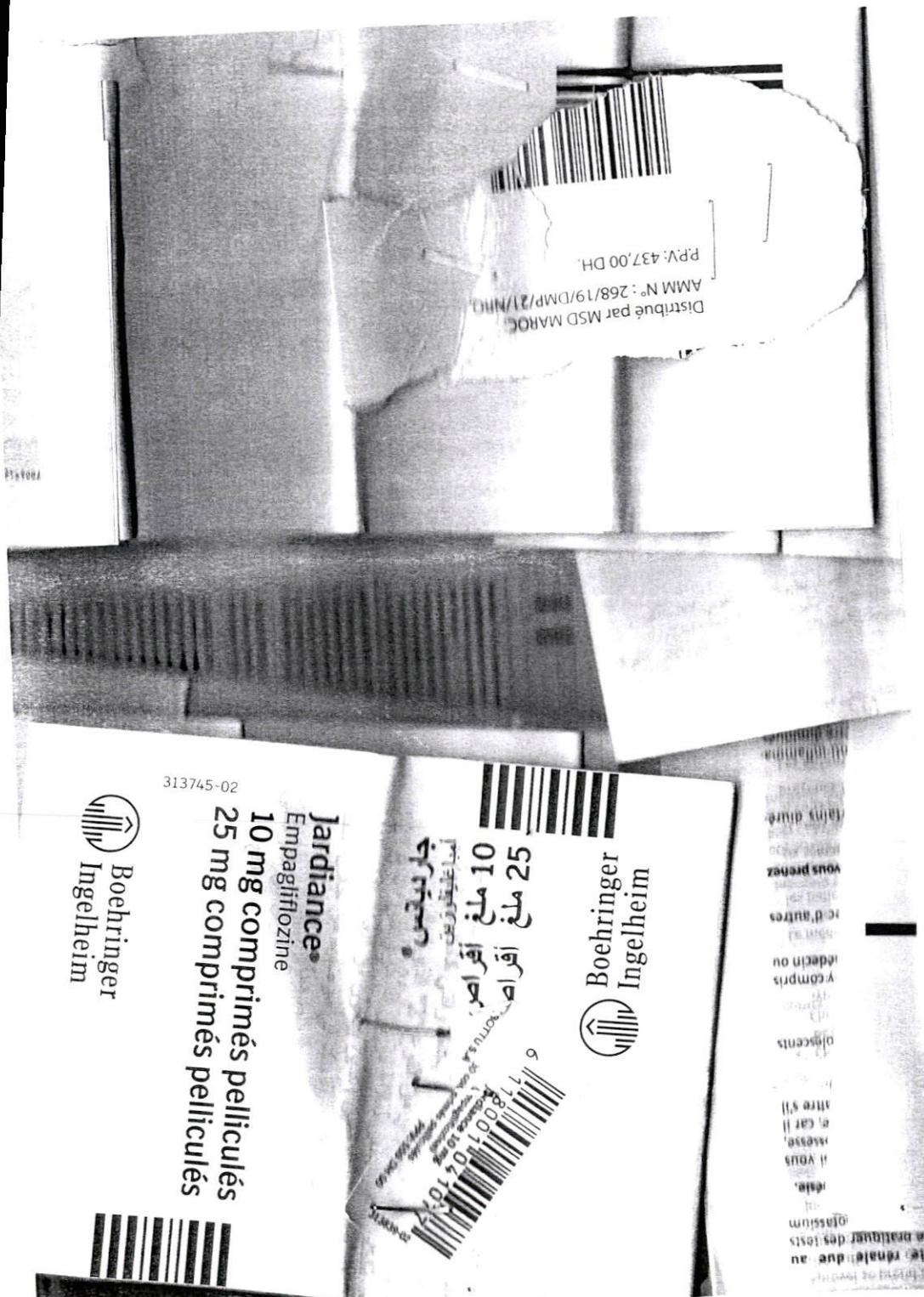
Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

76048/05/21



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

- Maladie Maternité Optique Clinique Traitements spéciaux

N° d'affiliation

MAROC-BUREAU

Intermédiaire :

Souscripteur :

Cachet du souscripteur :

N° de police :

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

KAMEL - KHALID

Adresse :

179 Bd Roudani n° 101 FAS

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom :

KAMEL - KHALID

Lien de parenté :

FATHER
386779

Montant des frais engagés :

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

Fait à , le

Signature de l'assuré(e)

si vous souffrez de problèmes rénaux ;
si vous souffrez de problèmes cardiaques ;
vous recevez Aprovel pour une atteinte rénale due au potassium

l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
s pourriez avoir besoin de la relire.
estions, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien
té personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même
ntiques, cela pourrait lui être nocif.
sirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non
e notice, parlez en à votre médecin ou à votre pharmacien.

CARDIOASPIRINE®

100 mg, comprimés gastro-résistants

pirine 100 mg et dans quel cas est-il utilisé ?
tions nécessaires à connaître avant de prendre CardioAspirine 100 mg ?

oAspirine 100 mg ?

éventuels ?

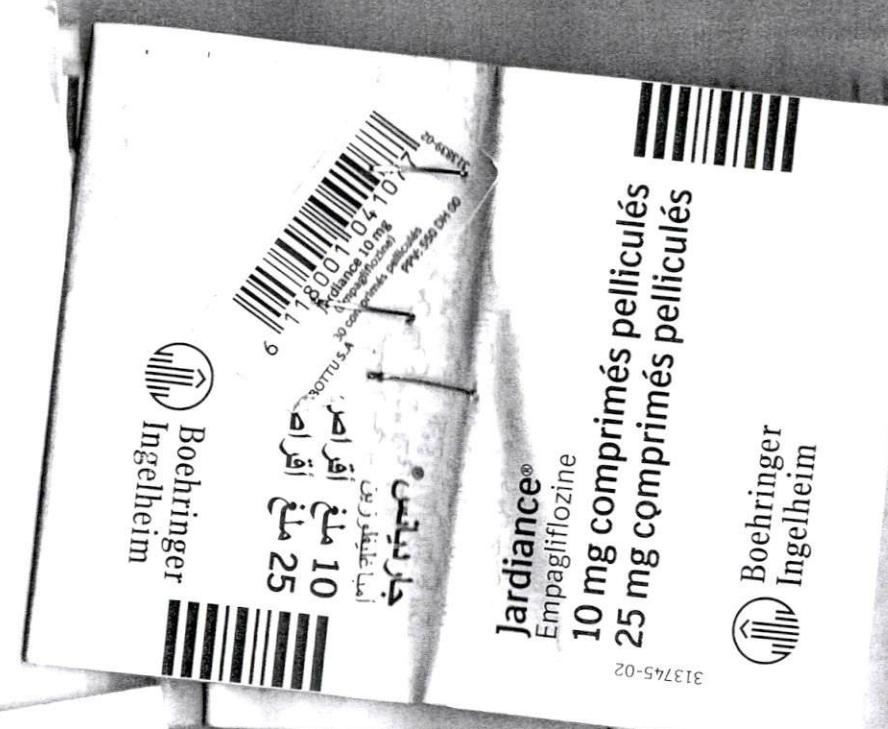
oAspirine 100 mg ?

autres

Demande :
AMM N° : 268
P.P.V. 437,00 DH.

70068421/00-1

Distribué par MSD MAROC
AMM N° : 268/19/DMP/21/NRO
P.P.V: 437,00 DH.



Boehringer
Ingelheim

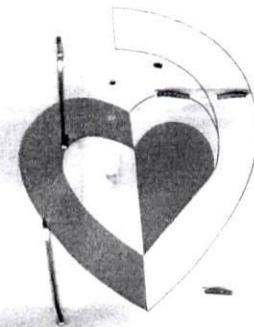
Jardiance®
Empagliflozine
10 mg comprimés pelliculés
25 mg comprimés pelliculés

70068421/00-1

Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca
Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie
Fellow of The European Society of Cardiology
Fellow of The American College of Cardiology



Casablanca le :

CASA , Le 23/04/2021

FARMACE BAYTALEFAZI
N°6 Rés. Bayta L'Al Fazia
Ain Sefra Casablanca
Tel : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 36 24 62
E-mail : aliaat@yahoo.com

M. KHALID KAMEL

158,30 X 2

1) APROVEL Comprime Pellicule à 150 mg Bte 28 Comprime
Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

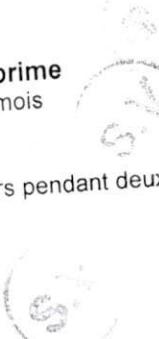
77,0 X 2
2) CARDIOASPIRINE Comprime Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprime
Prendre 1 comprimé à midi, au cours du repas, pendant 3 mois

137,10 X 3
3) JANUMET 50/1000MG BT/56CP
Prendre 1 comprimé à midi et le soir, après le repas, pendant 3 mois

550,00 X 3
4) JARDIANCE 10 MG
1 Je matin, au cours du repas, pendant 3 mois

85,70 X 3
5) CRESTOR Comprime Pellicule à 10 mg Bte 28 Comprime
Prendre 1 comprimé le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

19,60
6) D-CURE FORTE
1 ampoule 100.000 UI dans un verre de lait chaque 15 jours pendant deux mois



PHARMACIE
BAYTALEFAZI
CASABLANCA
3939,70

RESIDENCE BAYT AL FATH N° 6 AIN SEBAA

R.C : 280420

Patente: 30380020

T.V.A :

C.N.S.S: 6220230

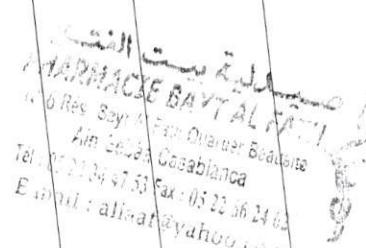
Banque: 7800049210006018334

Tél : 0522344753 /

FACTURE N°319288

KHALID KAMEL

ICE N° :

Désignation	PPV Brut Unitaire	% Remise	PPV NET Remisé	Total BRUT	Total REMISE	Total NET TTC	Dont TVA	% Taux
CARDIO ASPIRINE 100MG BT 30STS	27,70	0,00	27,70	55,40		55,40		
JANUMET 50/1000MG BT 56 CP	437,00	0,00	437,00	1 311,00		1 311,00		
JARDIANCE 10 MG BT/30 CPS	550,00	0,00	550,00	1 650,00		1 650,00		
CRESTOR 10MG	185,70	0,00	185,70	557,10		557,10		
D-CURE FORTE 100000 UI BT 3 AB	49,60	0,00	49,60	49,60		49,60	3,24	7,00
APROVEL 150 MG / 28CP	158,30	0,00	158,30	316,60		316,60		
<p align="center">  RESIDENCE BAYT AL FATH Ain Sebaa, Casablanca Tel: 0522344753 Fax: 0522362466 Email: alifat@yahoo.com </p>								
DROIT TIMBRE 0.25%	13,00			BRUT TTC	13,00 - Remise	0,00 = NET TTC		3 939,70
Partie r	Nom et Pré	Nature de la commande	En cas d'acc (préciser cau	Nature de	Praticien	Médecin traitant	Auxiliaires médicaux	Analyses et radiographies

réservée au praticien traitant

Prénom du malade : **KANGI KASSIMA**

Date de naissance :

de la maladie :

de l'accident :

(seules causes et circonstances).

ure des prestations

Médecin	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
	23/04/20	8x66			
	24/04/20	8x66			
	25/04/20	8x66			
Auxiliaires médicaux					

Pharmacie

Factures

Date

Montant

23/04/20

3933,70

signature à l'encre

DR M. KANGI
PHARMACIE GAYTALÉA
10, AVENUE DU QUAI DE BONNEUIL
94340 VILLENTREUIL

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 remplies sur laquelle devra être précisé l'ensemble des prestations.
- Date 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
- (...) Toute réclamation doit être formulée au plus tard dans

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
 l'entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances
www.rmaassurance.com

**RMA**ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE**FEUILLE DE DECOMpte DESTINEE A L'ASSURE**

Page 1/1

Employeur	: MAROC BUREAU			Réf (C / V)	: 02639456		
Assuré	: KAMEL KHALID			N° Externe	:		
N° Affiliation	: 00130639 00 002526			Date ouverture	: 20/06/2021		
Personne soignée	: KAMEL KHALID			Date règlement	: 26/05/2021		
N° sinistre	: 2021009 00						
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.	0	0	300.00	300.00	85.00	255.00	
PHARMACIE	0	0	3939.70	3939.70	85.00	3348.74	
TOTAL			4239.70	4239.70		3603.74	
							Montant A Rembourser
							3603.74

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**ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE**FEUILLE DE DECOMpte DESTINEE A L'ASSURE**

Employeur	: MAROC BUREAU						Page 1/1
Assuré	: KAMEL KHALID						
N° Affiliation	: 00130839 00 002525						
Personne soignée	: KAMEL KHALID						
N° sinistre	: 2021009 00						
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.	0	0	300.00	300.00	85.00	255.00	
PHARMACIE	0	0	3939.70	3939.70	85.00	3346.74	
TOTAL			4239.70	4239.70		3603.74	
							Montant à Rembourser
							3603.74