

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.

Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

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



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

Déclaration de Maladie

N° M21- 0060050

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : **HEILA HAKIMA**

Date de naissance : **16/04/1964**

Adresse : **4164**

Tél. : 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 :

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 : **16/04/21**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

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 ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration

☒ Maladie ☐ Maternité ☐ Optique ☐ Clinique ☐ Traitements spéciaux

N° d'affiliation : _____ Intermédiaire : _____

Souscripteur : **MAROC-BUREAU** Cachet du souscripteur : _____

N° de police : _____

Adresse : _____

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : **KAMEL - KHALID**

Adresse : **179 Bd Roudani n° 10 / L GSA**

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : **KAMEL - KHALID**

Lien de parenté : **FR**

Montant des frais engagés : _____

DHS **3867,70**

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

Fait à **GSA**, le _____ Signature de l'assuré(e) **[Signature]**

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

313745-02



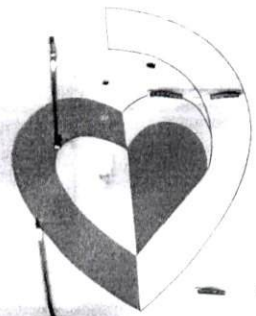
Boehringer
Ingelheim

Jardiance®
Empagliflozine
10 mg comprimés pelliculés
25 mg comprimés pelliculés

جارديانس®
إمباغliflozine

10 ملغ أقراص
25 ملغ أقراص

Boehringer
Ingelheim



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

M. KHALID KAMEL

PHARMACIE BAYT AL FATI
N° 6 Rés. Bayt Al-Fati Quartier Beausoleil
Ain Sebaa Casablanca
Tél : 05 22 24 47 53 Fax : 05 22 26 24 62
E-mail : aliaat@yahoo.com

158,30 x 2
1) APROVEL Comprime Pellicule à 150 mg Bte 28 Comprime
Prendre 1 comprimé le matin, pendant 3 mois

770 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

137,40 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 le 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

3939,70
PHARMACIE BAYT AL FATI
N° 6 Rés. Bayt Al-Fati Quartier Beausoleil
Ain Sebaa Casablanca
Tél : 05 22 24 47 53 Fax : 05 22 26 24 62
E-mail : aliaat@yahoo.com

RESIDENDE 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° :

/2021

000467800000061

48204375

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		

صيدلية بيت الفتح
PHARMACIE BAYT AL FATH
40 Res. Bayt Al Fath Oudayer Boudouane
Ain Sebba Casablanca
Tel: 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 36 24 62
Email: alifat@yahoo.com

DROIT TIMBRE 0.25% 13,00

BRUT TTC

13,00 - Remise

0,00 = NET TTC

3 939,70

Nature de	Praticien	Médecin traitant	Auxiliaires médicaux	Analyses et radiographies
-----------	-----------	---------------------	-------------------------	------------------------------

réservée au praticien traitant

Prénom du malade :

KAROL KUSHNER

Date de naissance :

de la maladie :

ulcère co-pat

de l'accident :

des causes et circonstances :

ure des prestations

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
Médecin traitant	23/04/21	8221			[Signature]
Auxiliaires médicaux					

Pharmacie

Factures	Montant
Date	
23/04/21	3933,70

Signature et Cachet

[Signature]
[Cachet]

Recommandations importantes

- Établir 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 des assurances.

Toute réclamation doit être formulée au plus tard dans les 30 jours

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 DECOMPTÉ DESTINÉE A L'ASSURÉ

Page 1/1

Employeur	: MAROC BUREAU	Ref (C / V)	: 02639456
Assuré	: KAMEL KHALID	N° Externe	:
N° Affiliation	: 00130839 00 002525	Date ouverture	: 20/05/2021
Personne soignée	: KAMEL KHALID	Date règlement	: 25/05/2021
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 DECOMPTÉ DESTINÉE A L'ASSURÉ**

Employeur : MAROC BUREAU					Page 1/1	
Assuré : KAMEL KHALID					Réf (C / V) : 02639456	
N° Affiliation : 00130839 00 002525					N° Externe :	
Personne soignée : KAMEL KHALID					Date ouverture : 20/05/2021	
N° sinistre : 2021009 00					Date règlement : 25/05/2021	
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 A Rembourser
						3603.74