

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, parodontologie 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 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

- 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 - 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° W21-703051

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4161 Société : _____

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : _____

Nom & Prénom : HELIA HAKIMA

Date de naissance : CASA

Adresse : _____

Tél. : 0661178650 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complémentaire

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) : _____

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-703051

Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

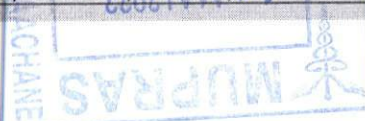
Coupon à conserver par l'adhérent(e)

Matricule : _____

Nom de l'adhérent(e) : _____

Total des frais engagés : _____

Date de dépôt : _____



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
				DNP : <input type="text"/>

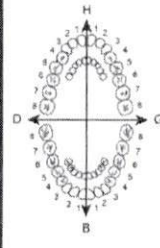
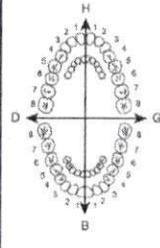
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires


AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'O.D.F.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	DNP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21492559 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[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	

1-12 6(212)95 47 72 35 5



Déclaration de maladie

☒ Maladie ☐ Maternité ☐ Optique ☐ Clinique ☐ Traitement spécialisé

Verfahren zur Identifizierung

Судья Ю. В. Мещеряков

Adresse :

Nom et prénom :

Adresse

Nom et prénom :

Nom et prénom : KAMEL - JCA AHD

Lien de parenté ✓

tant des frais engagés :

DH

ste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

le

Signature de l'assuré(e)

MAROC BUREAU

Siege social & Showroom :
 Km 9,2 Route de Rabat, Agg. Salines Casablanca
 Tel : +212 (0)5 22 35 47 58
 Fax : +212 (0)5 22 35 51 29

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade

Kamel Khelil

Date de naissance

18/03/22

Nature de la maladie

as d'accident
 ser causes et circonstances)

des prestations

Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
------	---------------------	------------	------------	----------------------------------

18/03/22	V	Qui	1500H	
18/03/22	V	Qui	520H	

Dr. Joudy Amin
 URGENT
 Dr. Joudy Amin

Room :

Alh Sebaa - Casablanca

55

25

Agence commerciale

15, Avenue Mohammed VI, Souissi - Rabat

Tel : +[212] 05 37 31 0 10

Fax : +[212] 05 37 31 0 17

20

Pharmacie

Factures

Date

Montant

28/03/22

341130

Signature & cachet

Signature
Cachet
Date
Lieu
Site web : alhsebaa.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 précisée l'ensemble des prestations.
- Délai de remise des pièces : toutes les pièces concernant une maladie ou un accident d'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

04

05

06

Date

A

DOC



Domicile Urgent

Votre santé, notre priorité

GSM : 06 70 70 90 70

06 89 23 21 11

Email: docdomicile.urgent@gmail.com

Médecin à domicile

Ambulance équipée

Soins infirmiers à domicile

Evacuation et rapatriement sanitaire

Couverture Médicale d'événements

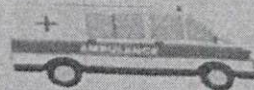
PHARMACIE RAYAT AL PATH

N° 6 Res. Bar El T. Casablanca

Ain Sebba Casablanca

Tel : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 66 24 62

E-mail : aliaaf@yahoo.com



Le : 28/03/2022

ORDONNANCE

Kamel Khalid

14/00x2

1/ Bolipru

18

1cp x 1/2

29,70x2

2/ Atix 1000 g (2 Boites)

1cp h 1^{re} - J

15,30x2 1/2cp p/j - Jdt 6

3/ Vit C 1000 g

2cp/j

www.alloisaaf.com

at & Showroom :
 e de Rabat, Ain Sebaa - Casablanca
 05 22 35 37 55
 05 22 35 51 25

Agence commerciale :
 15, Avenue Mohamed VI, Souissi - Rabat
 Tél : +(212) 05 37 75 40 10
 Fax : +(212) 05 37 75 38 37

Date

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95




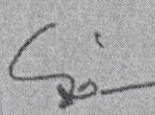
96

97

98

99

100

43,6g / 100.000 V1
 1 A p / 
 51,00
 5 / Bromalber Sinop
 1 cāc x 3 / j 
 22,70
 6 / hi-
 1 St x 3 / j
 1000 2g
 1 p Met- 1 kg 

DR. JUNDY Amine
 DOC DOMICILE URGENT
 Al Ama 3 Rue 20 N 13
 Sidi Bernoussi Casablanca
 Tél : 0670709070 / 0689212111

1,30
 PHARMACIE ALI AL FATH
 N° 6 Rés. Dr. ... Beausite
 Ain Sebaa Casablanca
 Tél : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 46 34 62
 E-mail : ali@alifath.ma

CONFIDENTIAL

100

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

100% (100% of the total sample)



EV

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					Rer (C / V) : 02908134	
N° Affiliation : 00130839 00 002525					N° Externe :	
Personne soignée : KAMEL KHALID					Date ouverture : 07/04/2022	
N° sinistre : 2022008 00					Date règlement : 14/04/2022	
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
VISITE	0	0	200.00	200.00	85.00	170.00
PHARMACIE	0	0	341.30	341.30	85.00	290.10
TOTAL			541.30	541.30		460.10
						Montant A. Rembourser
						460.10

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						Réf (C / V)	: 02908134
N° Amilation : 00130838 00 002525						N° Externe	:
Personne soignée : KAMEL KHALID						Date ouverture	: 07/04/2022
N° sinistre : 2022008 00						Date règlement	: 14/04/2022
Nature de la maladie :							
Nature des Prestations	Cotation MT	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement	
VISITE	0	0	200.00	200.00	85.00	170.00	
PHARMACIE	0	0	341.30	341.30	85.00	290.10	
TOTAL			541.30	541.30		460.10	
						Montant A Rembourser	
						460.10	

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				Rer (C / V) : 02906134		
N° Affiliation : 00130839 00 002535				N° Externe :		
Personne soignée : KAMEL KHALID				Date ouverture : 07/04/2022		
N° sinistre : 2022008 00				Date règlement : 14/04/2022		
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
VISITE	0	0	200.00	200.00	85.00	170.00
PHARMACIE	0	0	341.30	341.30	85.00	290.10
TOTAL			541.30	541.30		460.10
						Montant A Rembourser
						460.10