

AN 848

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 Alai Ben Abdellah - 1^{er} Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alai 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° W21-703051

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société :	
Matricule : <u>4162</u>	Actif	Pensionné(e)	Autre :
Nom & Prénom : <u>HILAL HACIMA</u>		Date de naissance :	
Adresse : <u>CASA</u>		Total des frais engagés : <u>0661178650</u> Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin : <u>complémentaire</u>	
Date de consultation :	Age :
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 mon 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 : Alger Le : 1/1/2018
Signature de l'adhérent(e) : HILAL

VOLET ADHÉRENT	
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).	
Mupras	

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

VIOLET ADHERENT

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

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'O.D.F.																						
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																		
				INP : <input type="text"/>																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DEBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																				
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">28593412 / 00000000</td> <td style="text-align: center;">21432552 / 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">39323411</td> <td style="text-align: center;">11432553</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			H	28593412 / 00000000	21432552 / 00000000	D	00000000	00000000	<hr/>			G	39323411	11432553	<hr/>			B		
H	28593412 / 00000000	21432552 / 00000000																				
D	00000000	00000000																				
<hr/>																						
G	39323411	11432553																				
<hr/>																						
B																						
		<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																		
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																						

Siège social

83, avenue de l'Amiral Royala - Casablanca - Maroc
Tél : 0522 31 21 63 - 0522 31 01 69 - Fax : 0522 31 40 60
SA au capital de 1.760.120.000 DH - Débitures jusqu'en 1993 : 1.111.100.000 DH
www.rma.ma sur Internet



تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration

- Maladie Maternité Optique Clinique Traitements spéciaux

N° d'affiliation 11111111111111111111 Interruptions

Souscripteur : MAROC-BUREAU

Cachet du souscripteur

N° de police :

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

KAMEL - KAHLOUD

Adresse :

179 Bd ROUDDANI n° 901 L 6A

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom :

KAMEL - KAHLOUD

Lien de parenté

M

Montant des frais engagés :

DHS.

541,30

Assureur certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration

le

13/08/00

Signature de l'assuré(e)

MAROC BUREAU

Stage social & Showroom

Partie réservée au praticien traitant

NURSING

卷之三

ALICE DEAN FRANCIS

ser causes et circonstances).

des prestations

Date Acte et coefficient

Organizacií

du praticien

8/03/22 ✓ on: 1504
8/03/22 ✓ on: 5004

~~Dr. Jounay Aminie
DOC DOMICILE URGENT
DOC DOMICILE 20113
TYPING 20113
BANQUE SODIONIC
16-53739070/063671211~~

room :

Ain Sebaa - Casablanca
55
25

Agence commerciale

15, Avenue Mohamed V VI, Souissi - Rabat
Tel : +(212) 05 27 00 010
Fax : +(212) 05 27 00 017

20

Pharmacie

Factures

Date

Montant

23/03/22

341130

Signature & cachet

*M. El Hachmi
Date : 23/03/2002
Signature : [Signature]
Email : elhachmi@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

04

05

06

Date



Ve Médecin à domicile
 Si Ambulance équipée
 Di Soins infirmiers à domicile
 Li Evacuation et rapatriement sanitaire
 Couverture Médicale d'événements

GSM : 06 70 70 90 70
 06 89 21 21 11
 Email: docdomicile.urgent@gmail.com



PHARMACIE RAY AL FATH
 N°6 Res. Bour A. T. Casablanca
 Ain Sebaa Casablanca
 Tel : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 66 24 67
 E-mail : aliaaf@yahoo.com

Le : 28/03/2022

ORDONNANCE

Kamel Khalid

14/000x2

1/ Polypur

(AS)

18

79,70x2 Acp x 1/2

2/ Azix 500 (2 Boîts)

Acpl 2^e J

15,30x2 Acpl/j RdH G

3/ Vitec 1000 - J

(AS)

Acpl/

www.alloisaaf.com

al & Showroom :

de Rabat, Ain Sebaa - Casablanca

5 22 35 37 55

5 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

43969 P-an 100.000 v1

5A100 TAFTANIS AS

5/Bromalber Sinop

1 Sac x 3 / j AS

22,70

6/liverine AS

1 St x 3 / j

100s 2 - 8

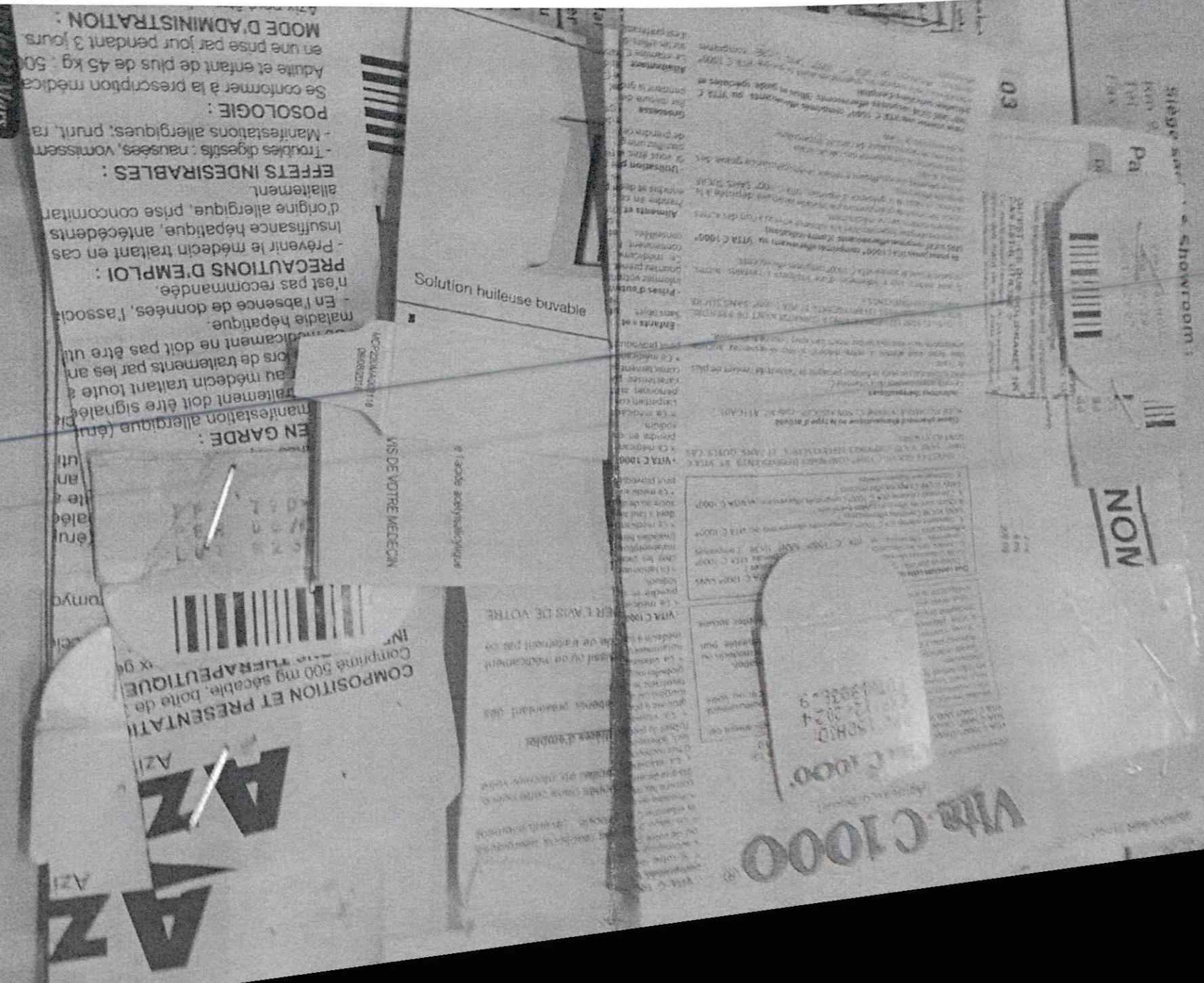
1 Cpt Ret. + 1 kg Si

Dr. L'Amie Amine
DOC DOMICILE URGENCIE
AI AMM 3 RUE 20 N 13
SIDI BERNOUSSI CASABLANCA
Tél : 0670709070/0689921211

1,30

العنوان: شارع الفتن
نº 6 بربض ام سبا
Ain Sebaa Casablanca
Tél: 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 34 62
E-mail: amine@varo.com.tn

1 Fête de travail



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			Ref (C / V)	: 02906134		
N° Affiliation	: 00130838 00 002525			N° Externe	:		
Personne soignée	: KAMEL KHALID			Date ouverture	: 07/04/2022		
N° sinistre	: 2022006 00			Date règlement	: 14/04/2022		
Nature de la maladie	:						
Nature des Prestations	Cotation N.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					
N° Affiliation	: 00130838 00 002526			Ref (C / V)	: 02908134	
Personne assignée	: KAMEL KHALID			N° Externe	:	
N° sinistre	: 20220106 00			Date ouverture	: 07/04/2022	
Nature de la maladie	:			Date règlement	: 14/04/2022	
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. Remboursé	
						460.10

FOR-GNA024 VERSION 01 DU 15.07.1998

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 002535						
Personne soignée	: KAMEL KHALID						
N° clinique	: 3022008 DO						
Nature de la maladie	:						
Nature des Prestations		Cotation MLT	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 Remboursé
							460.10