

# 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 |

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.

M22- 0013237

*Complémentaire*

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 4161	Société : 134457		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HILIA HAKIMA			
Date de naissance :			
Adresse : 179 B1 BOU DABH GSA			
Tél. : 06611736	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 : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC  Pathologie

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) : *Hilia Hakima*

## RELEVE 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	
	2023-01-15					

## 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

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 1.796.170.800 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**

Page 1/1

<b>Employeur</b>	: MAROC BUREAU			<b>Ref (C / V)</b>	: 02943045	
<b>Assuré</b>	: KAMEL KHALID			<b>N° Externe</b>	:	
<b>N° Affiliation</b>	: 00130839 00 002525			<b>Date ouverture</b>	: 29/09/2022	
<b>Personne signataire</b>	: KAMEL KHALID			<b>Date règlement</b>	: 03/10/2022	
<b>N° sinistre</b>	: 2022016 00					
<b>Nature de la maladie</b>	:					

Nature des Prestations	Cotation M.L.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
CONSULT.SPEC.	0	0	200.00	200.00	85.00	170.00
PHARMACIE	0	0	679.70	679.70	85.00	577.74
<b>TOTAL</b>			<b>679.70</b>	<b>679.70</b>		<b>577.74</b>
					<b>Montant à Rembourser</b>	<b>577.74</b>

**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](http://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	00150838 00 002525						
Personne signée	KAMEL KHALID						
N° en-tête	20220116 DO						
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	D	200.00	200.00	65.00	130.00	
PHARMACIE	0	D	679.70	679.70	65.00	577.74	
<b>TOTAL</b>			<b>679.70</b>	<b>679.70</b>		<b>577.74</b>	
							<b>Montant à Rembourser</b>
							<b>577.74</b>

FOR-OMADA VERSION 01 DU 01/01/1996



RMA

ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

Siège social  
83, avenue de l'Armée Royal - Casablanca - Maroc  
Tél. : 0522 31 21 63 - 0522 31 01 69 - Fax : 0522 31 38 84  
SA au capital de 1.796.170.600 DH. Enregistrée sous le n° 17-99 portant code des assurances  
[www.rmaassurance.com](http://www.rmaassurance.com)

تصريح بالمرض

## Déclaration de maladie

### Type de déclaration



Maladie



Maternité



Optique



Clinique



Traitements spéciaux

N° d'affiliation

Intermédiaire :

Souscripteur :

Cachet du souscripteur :

N° de police :

MAROC-BURFAU

Adresse :

### Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

KAMEL IZRAÏD

Adresse :

179 Bd Brahim Rondam, n° 801 (USA)

### Renseignements concernant le malade

Nom et prénom :

KAMEL IZRAÏD

Lien de parenté :

11

Montant des frais engagés :

DHS.

875,70

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

Fait à ..... , le ..... Signature de l'assuré(e)

## Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade

M. Khaled Khatib  
Date de naissance :  
19/01/1980  
Nature de la maladie :  
Hypertension artérielle  
Myélomégalie

En cas d'accident  
(préciser causes et circonstances)

### Nature des prestations

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
Medecin traitant	26/9/20	C2 1	2000	1000	CHIRURGIEN DENTISTE Dr. Hassan Chirurgien Dentiste Spécialisé en Prostéodontie Rue Hassan II Tunisie 10031 Tunisie 01315264
Auxiliaires médicaux					
Analyses et Radiographies					

# Pharmacie

## Factures

Date

Montant

## Signature & cachet

20/03/2022

673.70

Signature : *[Signature]*  
PHARMACIE GATTALI

## 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 ce

Dr HASSAN ELLORHAOUI

SPECIALISTE DIPLOME EN CHIRURGIE GENERALE  
(Chirurgie Digestive, Osseuse et gynécologique)  
Ex. Chirurgien à l'hôpital universitaire militaire  
Mohammed V - Rabat

حسن الݣنوي

في الحراسة العامة  
الهيكل، العظام والنسائية  
بالمستشفى العسكري  
محمد الخامس باربطة

Casablanca, le

20/09/2022

الدار البيضاء، في

Kamel Khelil

222,00

~~Sapunet 1gr (3)~~

63,20 x 2

~~Zytec 10mp (2 fls)~~

42,10

~~Bundschuh 6p~~

98,90

~~co 5 3 x~~

~~Soviron sup.~~

56,30

~~co 5 . 3 x~~

~~Vit D am 10mg (8)~~

~~Misr Nufus~~

06.61.31.52.64 - 05.22.66.05.58 - 05.22.35.96.72 - في الحالة المسعورة :  
الشققاوي - عين الصيد - الدار البيضاء - هاتف وفاكس المكتب :  
N° 156, Bd. Chefchaouen - Ain Sebaâ - Casablanca - Tél./Fax Bureau : 05.22.35.96.72 - 05.22.66.03.587 En cas d'urgences : 06.

*Relexol room (25th)*

*intervil post*

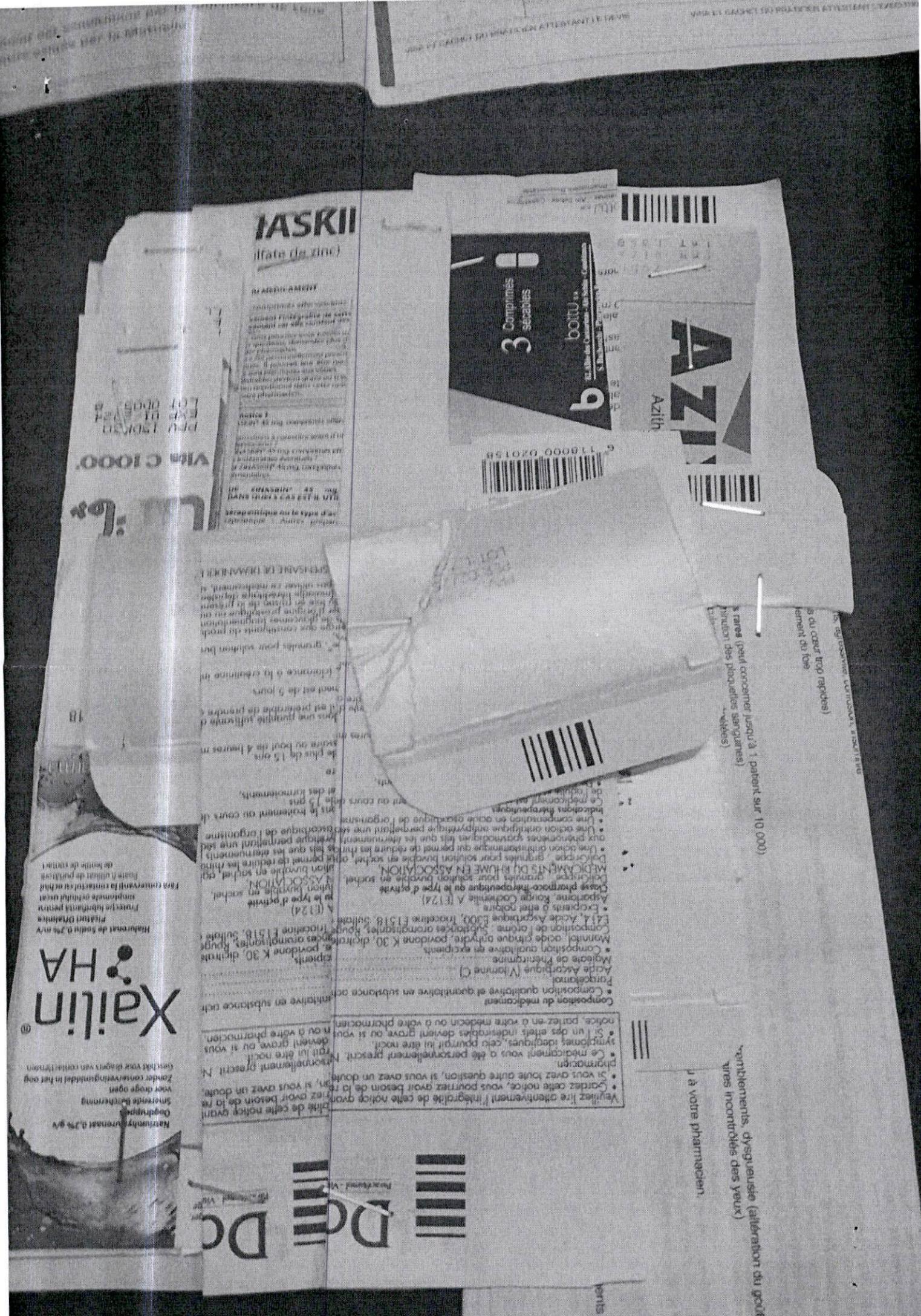
*21/3/89*

*673.70*

*01.05.90*

*ALIOPHILU Hassan*  
*Chirurgien Troulli*  
*Medecin Chirurgien*  
*M. 0522 35 90 74 65 34*  
*ASABIA 31 52 64*

*PHARMACIE BAYT AL FAITH*  
*N° 6 Rue 55 Sidi Gaber*  
*Tel. 052 24 15 53 Fax 052 24 15 53*



aliment

IMPRIMEPEL 10/18 (105 x 120) mm

352125-06

Sis  
Ne  
Sis

Cotière 111, Q1-Zenata  
abriéant :  
a. Pharmacien Responsable  
b. Route de Rabat R.P.  
Maroc :

## CONSERVATION :

- La durée de tra  
adultes.

Ne pas dépasser la mèt extreue.  
En moyenne 3 utilion buvable pour

## • Adultes :

- La durée de tra
- Au dessus de 5
- De 2 à 5 ans : 1

## POSOLOGIE :

A fortes doses, on p'titis : gasteralges.  
nausées, diarrhées

## EFFECTS INDÉSIRABLES

Ulcères gastro-duod  
Contre indiquée c

## CONTRE-INDICATIONS

- Tracéttés,
- Laryngites aigüe
- Rhinopharyngit
- Cataractes tubal
- Stimulantes.

## • O.R.L. :

- Insuffisance res
- Bronchopneumothé
- Dilatation des b
- Bronchites aigüe

- Pneumologie.
- normocloriques o

(La forme Sans Suc hypoglycémique,

BRONCHOKOD est voies respiratoires.

## INDICATIONS :

normocloriques o