

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0013237

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4161 Société : 134457
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HILLA HAKIMA
Date de naissance : 179 21 NOV 1979
Adresse : 179 21 NOV 1979
Tél. : 0661 17 83 33 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

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



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

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

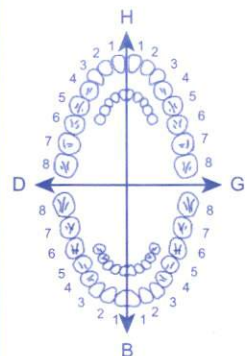
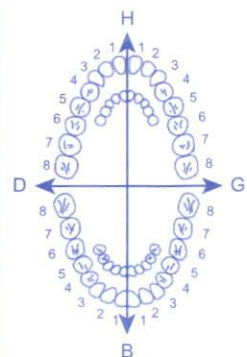
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				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

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

Page 1/1

Employeur : MAROC BUREAU
Assuré : KAMEL KHALID
N° Affiliation : 00130838 00 002525
Personne soignée : KAMEL KHALID
N° sinistre : 2022018 00
Nature de la maladie :

Réf (C / V) : 02943045
N° Externe :
Date ouverture : 29/03/2022
Date règlement : 03/10/2022

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	200.00	200.00	85.00	170.00
PHARMACIE	0	0	679.70	679.70	85.00	577.74
TOTAL			879.70	879.70		747.74
						Montant A Rembourser
						747.74

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				Rer (C / V) : 02943045			
N° Améliation : 00130839 00 002525				N° Extérie : :			
Personne soignée : KAMEL KHALID				Date ouverture : 29/09/2022			
N° sinistre : 2022018 00				Date règlement : 03/10/2022			
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	
CONSULT.SPEC.	0	0	200.00	200.00	85.00	170.00	
PHARMACIE	0	0	579.70	579.70	85.00	577.74	
TOTAL			879.70	879.70		747.74	
						Montant A Rembourser	
						747.74	

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 1.796.170.600 DH - Entreprise régie par la loi n° 17.89 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 :

Cachet du souscripteur :

N° de police :

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

Adresse :

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom :

Lien de parenté :

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 praticien

M. Kamel Khatib

Date de naissance

Nature de la maladie

Arthrose de la hanche
à l'origine d'une
boiterie

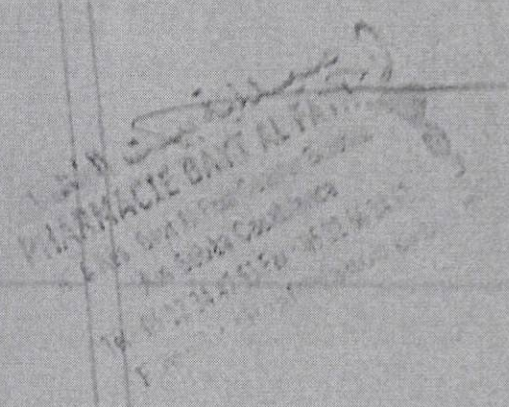
En cas d'accident

(préciser causes et circonstances)

Nature des prestations

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
Médecin traitant	10/9/22	02	1	22000	Dr. Kamel Khatib Chirurgien Hassan Travail Kamel Khatib 90 31 52 84
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies					

Pharmacie

Factures		Signature & cachet
Date	Montant	
20/03/22	673.70	

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

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

حسن اللغوي
في الجراحة العامة
الهضمي، العظام والنسابة
بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط

Casablanca, le 20/09/2022 في الدار البيضاء

Kamel Khelil

222,100
Aspirateur 1 pr (S) -
15 x 2 pr C3 12

63.20 x 2
Zytec 10mg (2 Sts)

41,10
Bendrolium 6p

98,30
Fovison surp.

56,30
vit D am (1 amp)

juste un

ZYRTEC 10 mg comprimés
 ZYRTEC 1 mg/ml solution buvable
 ALIMENT CONSERVÉ GALINCOIN 101 100g

Relaxol 500mg (250g)

not sur un fait

673.70

M. LOPEZ HUI Hassan
 Médecin d'Urgence
 17 Bd. Chérifoune
 0522 35 90 72-654

673.70

PHARMACIE BAYT AL FATI
 N° 6 Res. Bayt Al Fati
 Ain Sebda Castelnau
 Tel: 05 22 34 47 53 Fax: 05 22 66 24 62
 Email: info@baytalfati.com

Ne pas dépasser la ment extérieur.

CONSERVATION :

- La durée de tra
- adultes).
- En moyenne 3 (utton buvable pour
- Adultes :

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

- Enfants :

POSOLOGIE :

A fortes doses, on puits : gastralgies, nausées, diarrhées

EFFETS INDESIRABLES

Ulcères gastro-duod
Contre indiqué c

CONTRE-INDICATIONS

- Sinusites.
- Catarrhes tubal
- Rhinopharyngit
- Laryngites aiguë
- Trachéites,
- O.R.L. :
- Insuffisance res
- Bronchorrhée
- Dilatation des b
- Bronchites aigu
- Pneumologie,
- normocaloriques o
- BRONCHOKOD es voies respiratoires,
- (la forme Sans Suc hypoglycémiques,

INDICATIONS :

Maroc :
Route de Rabat R.P.T.
Pharmacie Responsable
abricant :
côtière 111, OI-Zenata.

352125-06

MRP/MEPEL 10/18 (105 x 120) mm

المرتبين في الدواء

مارس 2015

للأطفال

يجب الحذر على الحمل الحار

الجرعة: حالة الإقراط في الجرعة.

جرعة في حالة الإقراط في الجرعة.

الجرعة:

أو متناولكم قبل استعمال أي دواء.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.

الجرعة: جرعة واحدة أو جرعة واحدة.