

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- 0032304

Longtemps 142939

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *4161*

Société

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *HILA HAKIMA*

Date de naissance : *01/01/63*

Adresse : *01/01/63*

Tél. : *0661178650*

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 : *08/01/2019* Le : *08/01/2019*

Signature de l'adhérent(e) : *Adil*

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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 - RADIGRAPHIES

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	

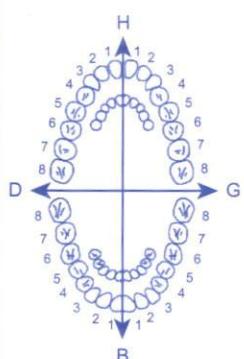
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

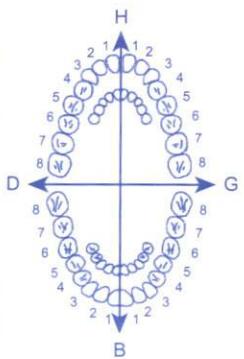


O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	00000000	00000000
G	35533411	11433553

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

[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
 F.TENTE : 35101950 - I.F. 01084830 - ICE : 001530601000041

Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances
www.rmaassurance.com



ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

FEUILLE DE DECOMpte DESTINEE A L'ASSURE

Page 1/1

Employeur	: MAROC BUREAU			Réf (C / V)	: 02958268	
Assuré	: KAMEL KHALID			N° Extérieure	:	
N° Affiliation	: 00130339 00 002535			Date ouverture	: 24/11/2022	
Personne signée	: KAMEL KHALID			Date règlement	: 29/11/2022	
N° sinistre	: 2022030 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	B	300.00	300.00	65.00	205.00
RADIOGRAPHIE	0	B	1000.00	1000.00	65.00	650.00
TOTAL			1300.00	1300.00		1105.00
					Montant A Rembourser	1105.00

FORUMIDA VERSION 01 DU 16.07.1996

Siège social

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc

Tél. : 05 22 31 63 - 05 22 31 01 69 - Fax : 05 22 31 38 84

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'ASSURANCEFEUILLE DE DECOMpte DESTINEE A L'ASSURE

Employeur	MAROC BUREAU						
Assuré	KAMEL KHALID						
N° Affiliation	00130358 00 002535						
Personne sollicitée	KAMEL KHALID						
N° sinistre	2022030 00						
Nature de la maladie							
Nature des Prestations	Cotation NLT	Cotation N.A.P.	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement	
CONSULT. EPIC.	0	0	300.00	300.00	65.00	205.00	
RADIOGRAPHIE	0	0	1000.00	1000.00	65.00	650.00	
TOTAL			1300.00	1300.00		1105.00	
						Montant A Rembourser	1105.00

Siège social

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc
Tel. : 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

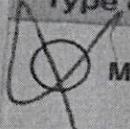
ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

تصبح بالمرض

Déclaration de maladie

longue Durée -
maladie Cardiaque

Type de déclaration



Maladie



Maternité



Optique



Clinique



Traitements spéciaux

N° d'affiliation

Souscripteur :

MAROC-BUREAU

Intermédiaire :

N° de police :

Adresse :

Cachet du souscripteur :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

KAMEL KHAYD

Adresse :

179 Bd ROYAL n° 90 L RA

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom :

KAMEL KHAYD

Lien de parenté :

PF

montant des frais engagés :

DHS

1300000

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

à

BSA

, le

Signature de l'assuré(e)

**CABINET DE CARDIOLOGIE
ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES**



Professeur Ahmed BENNIS
 Professeur de Cardiologie
 Ancien Chef du Service de Cardiologie du CHU
 Ibn-Rochid de Casablanca
 Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie
 Fellow of The European Society of Cardiology
 Fellow of The American College of Cardiology

98 Angles Rue Kadi Joss et Rue Abou Seïd
 (Près de la commune urbaine du Maârif) Casablanca
 Tel: 0522253600 - Fax: 0522253601 - Mobile: 0661321866
 INPE: 091026591 - Mail: ahmedbenis7@gmail.com

Facture :

- Date : 17 - 11 - 2012
 - Nom : KASMI
 - Prénom : AHMED BENNIS

Professeur Ahmed BENNIS
 Spécialiste des maladies cardio-vasculaires
 98, Rue KADI JOS - MAARIF
 CASABLANCA
 Tél: 0522 25 36 00

Consultation + ECG : 3000

Echographie Cardiaque : 1000

Echographie Vasculaire :

Holter Tensionnel :

Holter Rythmique

Autres :

Professeur Ahmed BENNIS
 Spécialiste des maladies cardio-vasculaires
 98, Rue KADI JOS - MAARIF
 CASABLANCA
 Tél: 0522 25 36 00

Total : 1300

spéciaux

leur

inis7@gmail.com

au praticien traitant

malade

KATIE KHALID

Date de naissance

Spécialiste des maladies cardiaques et vasculaires

88 Rue EL KADIA CASABLANCA

Tel: 0522 25 36 00

la maladie

En cas d'accident

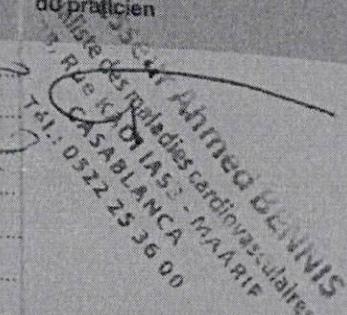
(mentionner causes et circonstances)

Pharmacie

Factures

Date

Nature des prestations

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
Médecin traitant	17/ Sept 2002	3000			 Dr. KATIE KHALID Spécialiste des maladies cardiaques et vasculaires 88 Rue EL KADIA CASABLANCA Tel: 0522 25 36 00
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies					

Recommandations

- Etablir une déclaration
- La déclaration d'ordonnances
- Joindre à la déclaration concernant les
- Lorsque la personne à l'assureur les délivré par cet
- En cas d'hospitalisation acquittée sur
- Délai de remise à être remises
- Toute fausse déclaration des assurés

→ Toute déclaration de dé

Pr. BENNIS AHMED
Cardiologie
08 ANGLE RUE KADI LASS ET BRUE
ABOU
SALT ANDALOUSSI
CASA
Tel: 0522253600
Mobile: 0661321866
Fax: 0522253601
Email: bennis_cardio@yahoo.fr
00 0 00124 8

CASA, le 17/11/2022

Echographie cardiaque

Echographie faite le 17/11/2022 - Opérateur :

KAMEL KHALID

Taille : Poids :

Destinataire :

Indications : Bilan Cv

Résultats

Fc	Ao	OG	Dtd	Dts	Inc	EpS	EpP	FRD	FEtm	IMM	PAPs	P
71 Nb/mn	33 mm	38 mm	45 mm	28 mm		12 mm	10 mm	39 %	69 %			

Rythme : sinusal

Aorte : aorte initiale non dilatée

Valve aortique : sigmoïdes aortiques normales , surface de la valve aortique : 2 cm²

Ventricule gauche : fonction systolique globalement normale

Valve mitrale : normale , surface de la valve mitrale : 4 cm²

Oreillette gauche : non dilatée

Coeur droit : non dilaté

Péricarde : libre

Commentaire : VG non dilaté avec cinéétique VG conservé .

FEVG 69% en 2D Biplan.

Strain globale:

GLPS AV: -17.6%

Pression de remplissage VG non élevé.

Pas de valvulopathie significative.

Trouble de relaxation VG.

Aorte initiale non dilaté.

Pas de signe d'HTAP.

Pas d'épanchement pericardique.
Fonction VD conservé.
Pas de sténose carotide significative.

Conclusion :
FEVG 69%. PRVG non élevé. Pas de valvulopathie. Pas d'HTAP

Appareil : Mise en service le

Pr. BENNIS AHMED



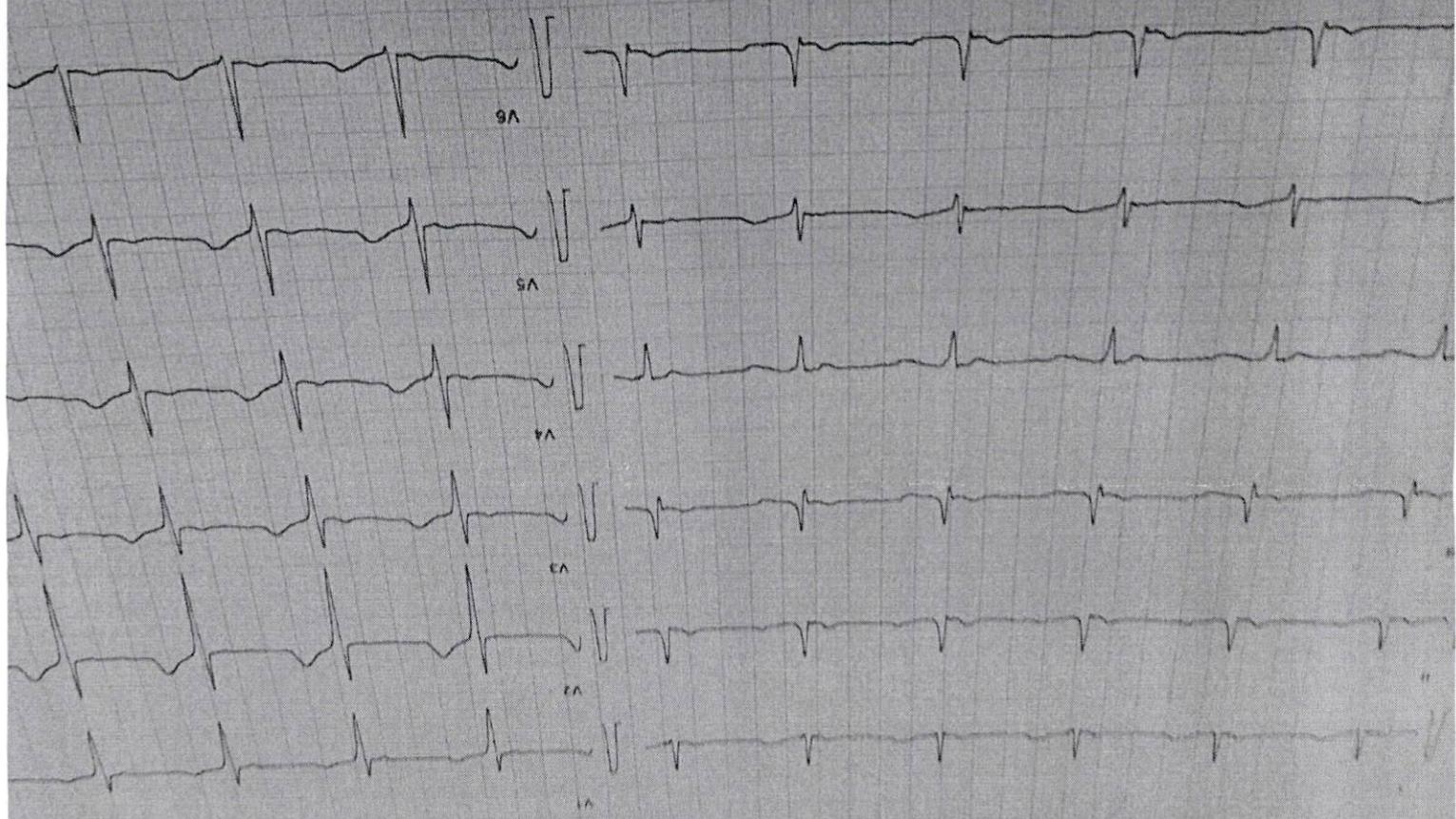
SCHILLER SWITZERLAND

Alt. No. 2-157047 C.E. 0044

SBS 555

P. BENNIS AH

10 mm/mV 25 mm/s



1995-1996
Yearbook
of the
University

www.123rf.com

