

## 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.

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° W19-446423

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4161 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : HILIA HAKIMA

Nom & Prénom :

Date de naissance : 179 30 ROUDANI MOUC GASI

Adresse : 06/1994974

Tél. : 06/1994974 Total des frais engagés : 04 SEP 2019 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 :

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 : 20/08/2019

Signature de l'adhérent(e) : ALIA

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-446423

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 :





## 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.

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

Fait à

22

Signature de l'assuré(e)



# Partie réservée au praticien traitant


Nom et Prénom du malade : **KAMUZ**

Date de naissance : **27/06/2019**

Nature de la maladie : **Chirurgie**

En cas d'accident : (préciser causes et circonstances)

## Partie réservée au pharmacien

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
Médecin traitant	27/06/19	02	1	2000	
Pharmaciens					
Analyses et radiographies					

## Pharmacie

### Factures

Date

Montant

27/06/2019 503.70

Signature & cachet

صيدلية بيت الفتية  
PHARMACIE BAYT AL FATH  
N° 6 Rm. Bayt Al Fath Quartier Beausite  
Ain Sekhla Casablanca  
Tel : 05 22 34 47 53 Fax : 05 22 66 24 62  
E-mail : aliaaf@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 code des assurances.
- Toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai de deux mois.

**Siège social**

3, 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

Employeur : MAROC BUREAU  
Assuré : KAMEL KHALID  
N° Affiliation : 00130639 00 002525  
Personne soignée : KAMEL KHALID  
N° sinistre : 2019010 00  
Nature de la maladie :

Réf (C / V) : 02698654  
N° Externe :  
Date ouverture : 12/07/2019  
Date règlement : 16/07/2019

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	503.70	503.70	85.00	428.14
TOTAL			703.70	703.70		598.14
						Montant A Rembourser
						598.14

## Siège social

3, 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	Réf (C / V)	: 02698654			
N° Affiliation	: 00130639 00 002525	N° Externe	:			
Personne soignée	: KAMEL KHALID	Date ouverture	: 12/07/2019			
N° sinistre	: 2019010 00	Date règlement	: 16/07/2019			
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	503.70	503.70	85.00	428.14
TOTAL			703.70	703.70		598.14
						Montant A Rembourser
						598.14



Casablanca, le 27/6/11P في الدار البيضاء،

Dr. Kamel Khelid

168.20x2 Augmentin (SV) 15) 2 Stg

99 00 152 12 12 12  
Oxles 20 (2 Stg)

34.70 1 gel; le soir.  
Pectyl 60 (SV)

16.80x2 vic 1000

Dr. ELLOHRAOUI Hassan  
Chirurgien  
Médecin du Travail  
156, Bd. Chefchaoui - Casablanca  
Tél: 05 22 35 96 72 - Fax: 05 22 35 96 72

503,70

PHARMACIE BAYT AL FATH  
N° 6 Rte. Dr. A. Fakhri - Casablanca  
Tél: 05 22 35 96 72 - Fax: 05 22 35 96 72  
E-mail: baytalfath@yahoo.com



→ Toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai de deux mois.

- Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la loi n° 17-99 portant code des assurances.
- 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.
- En cas d'acquiescement, l'assureur devra préciser l'ensemble des prestations.

20 mg  
résistants en gélules

la notice avant de prendre ce médicament. En cas de besoin de la relire, ou si vous remarquez un effet anormal, demandez conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

active : oméprazole.

**INDICATIONS :**  
Disponibles en boîtes de 30 gélules.  
**INDICATION THERAPEUTIQUE :**  
Les gélules contiennent une substance active qui agit sur le système digestif.

**COMPOSITION :**

éradication de Helicobacter pylori.

La posologie est de 1 comprimé par jour, en cas de doute, demandez conseil à votre médecin.

Ne prenez jamais VITA C 1000® avec des médicaments contenant du fer.

Si vous avez d'autres questions sur l'utilisation de ce médicament, consultez votre médecin ou votre pharmacien.

**Vita C 1000®**  
1000 mg

1 - COMPOSITION  
VITA C 1000® (Acide ascorbique)  
Excipients : sodium, aspartame, colorant jaune.

2 - COMPOSITION

Acide ascorbique  
Excipients : sodium, aspartame, colorant jaune.

3 - CLASSE PHARMACOLOGIQUE

Vitamine C.

4 - INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament contient de la vitamine C.

Il est indiqué dans les états de fatigue passagère.

5 - POSOLOGIE

La posologie est de 1 comprimé par jour.

EN CAS DE DOUTE, DEMANDEZ CONSEIL A VOTRE MEDecin.

Mode et voie d'administration

Voie orale.

Le comprimé doit être dissous dans un verre d'eau.

Durée de traitement

La durée de traitement est limitée à 1 mois.

6 - CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais VITA C 1000® avec des médicaments contenant du fer.

- Si vous êtes allergique (hypersensibilité) à la vitamine C.

- En cas de calcul rénal.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDICÉ DE CONSULTER VOTRE MEDecin.

1000 mg

20 mg

1000 mg

1000 mg

1000 mg

