

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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

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 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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-703049

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **HALICA HALCIMA**
Date de naissance : **01/11/63**
Adresse : **GSA**
Tél. : **0661178550** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin
Cachet du médecin : **Complémentaire**
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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : **Halica**

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-703049

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 :



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
				INP :

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP :												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				MONTANTS DES SOINS												
				DEBUT D'EXECUTION												
				FIN D'EXECUTION												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE															
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21432552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>25533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21432552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	25533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H	25533412	21432552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	25533411	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS												
				DATE DU DEVIS												
				DATE DE L'EXECUTION												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION													



Déclaration de maladie

Type de déclaration

- ☒ Maladie
- ☐ Maternité
- ☐ Optique
- ☐ Clinique
- ☐ Traitements spéciaux

Canal du souscripteur :

MAROC-BUREAU

N° d'affiliation

N° de police

Adresse

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

KARIM EL KHACHID

Adresse :

179 Bld ROUDAH n° 2012 GGA

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom :

KARIM EL KHACHID

Lien de parenté :

179

DHS

708,10

Montant des frais engagés :

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

Signature de l'assuré(e)

04/04/2008

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade

Mr Kamel Khalel

Date de naissance

Nature de la maladie

A7H0R

Dr. IDRISSI Abdelhamid
O.R.L et Chirurgie Face et Cou
103, Rue Chaouia - Casa
Tél : 05 22 22 01 41

En cas d'accident

(préciser causes et circonstances)

Nature des prestations

Praticien

Date

Acte et
coefficient

Ordonnance

Honoraires

Cachet et signature
du praticien

4/4/2022 ES 250

Dr. IDRISSI Abdelhamid
O.R.L et Chirurgie Face et Cou
103, Rue Chaouia - Casa
Tél : 05 22 22 01 41

Médecin
traitant

RES
LUX

Pharmacie

Factures	
Date	Montant
04.04.2022	458.10

Signature & cachet

PHARMACIE
Y. BERRIO
1. Boulevard
21-05-2227

Informations importantes

déclaration par personne et par maladie.

on doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives
s médicales, résultats des examens de radiologie et laboratoire).

claration de maladie les vignettes ou à défaut les prospectus et le P.P.M.
s médicaments.

onne malade bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre
photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement
organisme.

sation médicale ou chirurgicale : joindre une facture détaillée et dûment
elle devra être précisé l'ensemble des prestations



CABINET O.R.L.

• NEZ - GORGE - OREILLES
• CHIRURGIE DE LA FACE ET DE COU
• CANCEROLOGIE CERVICO - FACIALE

الاستاذ الدكتور عبد الحميد الإدريسي
أخصائي
جراح أنف وأذن وحنجرة

Casablanca, le 4/4/2022

Kamel Khalel

Henri

TAVANIC

OTAPUL

Risone

2 mlv cly max - 2x

Dr. IDRISI Abdelhamid
O.R.L. et Chirurgie Face et Cou
103, Rue Chacoua - Casablanca
Tel: 05 22 22 01 41

05 22 26 81 82 : (الطبيب) - (الصيدان) - (الصيدان) - (الصيدان)
Angèle Lalla Yacout - Place Tahar Sebti - TA : 05 22 22 01 41 / 05 22 26 81 82

adultes 200ml, sirop
e - Extrait fluide d'Erysimum

Le présent sirop, préparé à partir d'extraits de plantes médicinales, est destiné à être utilisé comme complément alimentaire. Il ne doit pas être utilisé comme médicament.

divité
 ITE :
 lution
 lution
 ns
 sation
 ite de
 50
 51,8
 mte
 n effet
 ou
 purrait
 jamais
 ez plus
 illier

idoses



371

Handwritten signature

Handwritten signature

9390

452

EN CAS DE L
 Si vous ressentez quelque effet indésirable, parlez-en à votre médecin.
 Si vous ressentez quelque effet indésirable, parlez-en à votre médecin.
 Si vous ressentez quelque effet indésirable, parlez-en à votre médecin.

EFFETS INDÉSIRABLES
 Comme tout les médicaments, RISQUE
 pulvérisation nasale est susceptible d'être
 Possible de survenue de lésions de la muqueuse nasale, d'irritation ou de saignement de la muqueuse nasale, d'irritation ou de saignement de la muqueuse nasale.

EN CAS DE DOU
 - enfant de moins de 12 ans
 - en cas d'allergie
 - en cas d'asthme
 - en cas de maladie cardiaque

CONTRAINDICATIONS
 - En cas de grossesse ou de allaitement
 - En cas de maladie cardiaque
 - En cas de maladie rénale

Mode et voie d'administration
 - Agiter légèrement le flacon avant emploi.
 - Lors du premier usage, la pompe doit être omise par 10 pulsations.
 - Ensuite, celle-ci peut être omise pendant environ 2 semaines. Au-delà, un nouveau cycle doit être recommencé par 2 pulsations.

Mode et voie d'administration
 - Agiter légèrement le flacon avant emploi.
 - Lors du premier usage, la pompe doit être omise par 10 pulsations.
 - Ensuite, celle-ci peut être omise pendant environ 2 semaines. Au-delà, un nouveau cycle doit être recommencé par 2 pulsations.

Mode et voie d'administration
 - Agiter légèrement le flacon avant emploi.
 - Lors du premier usage, la pompe doit être omise par 10 pulsations.
 - Ensuite, celle-ci peut être omise pendant environ 2 semaines. Au-delà, un nouveau cycle doit être recommencé par 2 pulsations.

Mode et voie d'administration
 - Agiter légèrement le flacon avant emploi.
 - Lors du premier usage, la pompe doit être omise par 10 pulsations.
 - Ensuite, celle-ci peut être omise pendant environ 2 semaines. Au-delà, un nouveau cycle doit être recommencé par 2 pulsations.

Mode et voie d'administration
 - Agiter légèrement le flacon avant emploi.
 - Lors du premier usage, la pompe doit être omise par 10 pulsations.
 - Ensuite, celle-ci peut être omise pendant environ 2 semaines. Au-delà, un nouveau cycle doit être recommencé par 2 pulsations.

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**

ROYAUME
MAROCAINE
D'ASSURANCE

FEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE

Page 1/1

Employeur : MAROC BUREAU
Assuré : KAMEL KHALID
N° Affiliation : 00130839 00 002525
Personne soignée : KAMEL KHALID
N° sinistre : 2022009 00
Nature de la maladie :

Réf (C / V) : 02908134
N° Externe :
Date ouverture : 07/04/2022
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
CONSULT.SPEC.	0	0	250.00	250.00	85.00	212.50
PHARMACIE	0	0	458.10	458.10	85.00	389.38
TOTAL			708.10	708.10		601.88
						Montant A. Rembourser
						601.88

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**

ROYAUME
MAROCAINE
D'ASSURANCE

FEUILLE DE DECOMPTÉ DESTINÉE A L'ASSURÉ

Employeur : MAROC BUREAU					Page 1/1	
Assuré : KAMEL KHALID					Rér (C / V) : 02908134	
N° Affiliation : 00130839 00 002525					N° Externe :	
Personne soignée : KAMEL KHALID					Date ouverture : 07/04/2022	
N° sinistre : 3022009 00					Date règlement : 14/04/2022	
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	250.00	250.00	85.00	212.50
PHARMACIE	0	0	458.10	458.10	85.00	389.38
TOTAL			708.10	708.10		601.88
						Montant A Rembourser 601.88

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**ROYAUME
MAROCAINE
D'ASSURANCE**FEUILLE DE DECOMPTÉ DESTINÉE A L'ASSURÉ**

Employeur : MAROC BUREAU				Page 1/1		
Assuré : KAMEL KHALID				Rer (C / V) : 02908134		
N° Affiliation : 00130838 00 002525				N° Externe :		
Personne soignée : KAMEL KHALID				Date ouverture : 07/04/2022		
N° sinistre : 2022009 00				Date règlement : 14/04/2022		
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	250.00	250.00	85.00	212.50
PHARMACIE	0	0	458.10	458.10	85.00	389.38
TOTAL			708.10	708.10		601.88
						Montant A Rembourser 601.88