

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Nº W19-524722

ND37145

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8416

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : FAKIR

Najat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

862,31 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 :

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 : 18/08/2020

Signature de l'adhérent(e) :



Partie réservée à RMA

Date(s) de réception du courrier

1

2

3

4

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



ROYALE
MAROCAIN
D'ASSURANCE

تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration

Maladie Maternité Optique Clinique Traitements spéciaux

N° d'affiliation 0004012831000226 Intermédiaire :

Souscripteur : PROACTIS Cachet du souscripteur :

N° de police :

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : FABRE PATRICK
Adresse : 48 R.TIFNIT CASABLANCA

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : Lien de parenté :

Montant des frais engagés : 862 DHS. 71

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

Fait à Casablanca, le 13/02/2020 Signature de l'assuré(e)

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade :

FABRE HEIDI PATRICK

Date de naissance :

ature de la maladie : Affection Dermatologique

n cas d'accident :

(éclaircir causes et circonstances).

Dr. KHAFFI LAMNIAI
DERMATOVENÉROLOGUE
Angle St. Sébastien et Bd.
El-Bd. Al-Saïda 10000 Tunisie
Télé: 093 22 00 17
Fax: 093 22 00 17

Facture des prestations

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
	11/02/2020	U.S	0	350 dh	Dr. KHAFFI LAMNIAI DERMATOVENÉROLOGUE Angle St. Sébastien et Bd. El-Bd. Al-Saïda 10000 Tunisie Télé: 093 22 00 17 Fax: 093 22 00 17

Pharmacie

Factures

Signature & cachet

Date

Montant

11/02/2020

322,00



Pharmacie Naima

INP : 92044569

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.

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"

Docteur Mohamed BENAZZOUZ

Pharmacien Biogiste

Téléphone : 05 22 93 10 60 / 0522905937 / Fax : 05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661763068 / Watsapp 0676845202

Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa (En face siège R.A.M)- Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca,
genelab2@gmail.com

ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE_bio : 097163968 - INPE_lab : 093001394- IF : 51485800

FACTURE

Casablanca , le 13/02/2020

Facture N° 130220-003 du 13/02/2020

RMA WATANYA

Dr : LAMNIAI KHALID

N°Bon de soin Mle

Patient Mr FABRE Patrick

Analyses	Valeur en B	Montant
GLYCEMIE	30	40,20
HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C	100	134,00
Total B	130	174,20
APB	1,0	11,51
Total		185,71

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent quatre-vingt-cinq dirhams 71 centimes***

Laboratoire Genelab
Oum Rabiaâ Casablanca
13/02/2020
185,71
Mr Fabre Patrick
RMA Watanya

SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Infections sexuellement transmissibles



الدكتور خالد المنجلي

إختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

11 FEV. 2020

Casablanca, le الدار البيضاء، في

Dr PATRICK FABRE ANALYSES BIOLOGIQUES

Examen du sang :

- NFS / Pq
- CRP
- VS
- Procalcitonine
- Fer sérique
- Ferritine
- Glycémie à Jeûn
- HbA1C
- GPP
- Ureé
- Créatinine
- Acide urique
- Choléstérol HDL LDL
- Triglycérides
- SGOT GPT GGT
- Bilirubine
- Phosphatase alcaline
- CPK
- LDH
- Aldolase
- Troponine
- Inogamme
- Calcium
- Mg⁺ sérique
- Mg⁺ Globulaire
- Phosphore

- TP TCK
- Fibrinogène
- Vit D
- Cortisolémie 8h et 16h
- PSA
- CLA 30 Trophallergénés
- CLA 30 Pneumallergénés
- IgE Totaux
- ASLO
- Facteur Rhumatoïde
- Complément : C2 - C3 - C4 - CH50
- Anticorps anti - DNA natifs
- AC Antinucléaires
- VDRL - TPHA - quantitatifs
- Sérologie HVC
- AgHBs ACHBC ACHBS
- Sérologie HVA IgM
- HIV

- TSH T3L T4L
- ACTPO
- AC Thyréoglobuline
- AC Antitransglutaminase : IgA - IgG
- ECA

Laboratoire GENELAB "Oum Rabil"

130220-003



FABRE Patrick
D.N : 08/13/1963

Examens d'Urines

- ECBU ATB
- Protéinurie /24h
- Microalbuminurie /24h
- Compte d'addis

Examens de selles

- Parasitologie Coproculture

Prélèvements Génitaux

- Vaginal Urétral
- Chlamydiae mycoplasme
- Antibiogramme
- FCV

Examens Mycologiques

- ED - Culture

- Spermogramme
- Spermoculture

Autres

Dr. Khalid LAMNIAI
DERMATOVENEROLOGUE
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd. Abdelhadi Boutaleb
Casa Tel 0522 90 04 17

زاوية شارع سيدى عبد الرحيم وشارع عبد الهادى بوطالب. الطابق الثاني رقم 7 الحي الحسني - الدار البيضاء

هاتف العيادة التايل: Tél.: 05 22 89 19 35 - الهاتف/الفاكس:

Mحمول العيادة: E-mail : cabinet.drlam@gmail.com - GSM cabinet : 06 69 88 00 95

Angle Bd. Sidi Abderrahmane et Bd. Abdelhadi Boutaleb, 2ème étage n° 7 Hay Hassani - Casablanca

SPECIALISTE

Maladies de la peau et du cuir chevelu
Infections sexuellement transmissibles



الدكتور خالد المنيعي

اختصاصي
في أمراض الجلد والشعر
الأمراض التناسلية

11 FEV. 2020

Casablanca, le الدار البيضاء، في

MR FABRE MEHDI PATRICK

169,00

-CICAPLAST GEL LAVANT LAVER ET RINCER



3780
-EFFICORT LIPOPHILE 2 FOIS PAR JOUR PDT 8 JOURS
1 FOIS PAR JOUR PDT 8 JOURS
1 JOUR SUR 2 PDT 8 JOURS



-AERIUS CP 1 CP PAR JOUR PDT 20 JOURS



12070

327100



Dr. Khalid LAMNIAI
DERMATOVENEROLOGUE
Angle Bd. Sidi Abderrahmane
et Bd. Abdelhadi Boutaleb
Casa Tel: 05 22 90 04 17

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**

Employeur	: PROACTIS					Page	1/1
Assuré	: FABRE PATRICK EL MEHDI					Ref (C / V)	: 02756259
N° Affiliation	: 00401263 10 000225					N° Externe	:
Personne soignée	: FABRE PATRICK EL MEHDI					Date ouverture	: 03/03/2020
N° sinistre	: 2020002 00					Date règlement	: 05/03/2020
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.	1 0	0	350.00	300.00	85.00	255.00	
LABO-ANAL	0	0	185.71	185.71	100.00	185.71	
PHARMACIE	2 0	0	327.00	158.00	85.00	134.30	
TOTAL			862.71	543.71		575.01	
1-1: RÈGLEMENT EFFECTUÉ CONFORMEMENT A LA NOMENCLATURE DES ACTES PROFESSIONNELS (.....)							Montant A Rembourser
2-1: PRODUIT..... : NON REMBOURSABLE (CICAPLAST.)							575.01