

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



Déclaration de Maladie

N° W19-524724

ND: 37.146

- Maladie**
 Dentaire
 Optique
 Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8416 Société : R.A.D
 Actif Pensionné(e) Autre : Conjoint
 Nom & Prénom : FAIK Najat
 Date de naissance : _____
 Adresse : _____
 Tél. : _____ Total des frais engagés : 670,71 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 : Casa Le : 17.10.2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 : <input type="text"/>

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
		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	INP : <input type="text"/>																
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	D		B		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	D		B																	
	00000000	00000000	35533411	11433553																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				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

Partie réservée à RMA

Date(s) de réception du courrier

1	2	3	4

Identification

N° du sinistre									
									CP

Ordonnancement

I.C.	D.D	D	C.C

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



RMA ROYALE MAROCAINE D'ASSURANCE

تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration

Maladie
 Maternité
 Optique
 Clinique
 Traitements spéciaux

N° d'affiliation 10004012831000226 Intermédiaire :

Souscripteur : PROACTIS Cachet du souscripteur :

N° de police :

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : FABRE PATRICK

Adresse : 48 R. TIENLY CASABLANCA

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : Lien de parenté :

Montant des frais engagés : 520 DHS 71

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

Fait à Casablanca, le 19/02/2020 Signature de l'assuré(e)

[Signature]

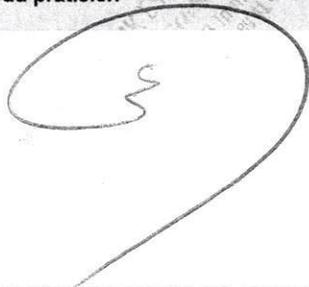
Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : FABRE PATRICK
 Date de naissance :

Nature de la maladie : Diabète + hypertension

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	18/01/20	C5		269,00	
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies	20/01/20	B380		520,718	

Laboratoire Général
Oum Rabiaa
M. BENAZZOUC
 Rés. Abouab Oum Rabiaa El Oufra - Casa
 Tél.: 05 22 93 10 69/81 Fax : 0522 93 10 61
 Paten.: 35051078
 ICE : 00108410900000

Pharmacie

Factures	
Date	Montant

Signature & cachet

.....

.....

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.



Compte rendu d'analyses

Mr FABRE Patrick

Date naissance: 13/08/1963

Code Patient : 311054278

RMA WATANYA

Dossier créé le : 20/01/2020

Patient prélevé le : 20/01/2020

INPEGENELAB : 093001394

INPE Bio : 097163968

IF : 51485800

Réf: 200120-122

Heure création: 12:00

Heure Plvt : 12:15 ± 15 min

Page : 1/2

ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

Valeurs Usuelles

GLYCEMIE à jeun (Enzymatique UV/Beckman Coulter AU480)	:	1,21 6,72	g/l mmol/l	(0,7 - 1,1) (5,89 - 6,11)
HEMOGLOBINE GLYQUÉE (technique : HPLC/D10 DE BIORAD)	:	6,00	%	(4 - 6)
➤ Pour un Diabète de type 2 :				
→ traité par antidiabétiques oraux , le taux d'HgA1c doit être < à 6,5% (ou 7% selon le type de traitement)				
→ traité par insuline , le taux d'HgA1c doit être < à 7%.				
→ du sujet très âgé , le taux d'HgA1c doit être < à 8%				
➤ Pour un Diabète de type 1 , le taux d'HgA1c doit être compris entre 7 et 7,5%.				
Attention, ces chiffres varient en fonction du type de diabète, du traitement, de l'âge et des complications				
UREE (Cinétique UV/Beckman Coulter A'J 480)	:	0,54 9,00	g/l mmol/l	(0,17 - 0,43) (1,3 - 1,2)
CREATININE (Méthode Jaffe, Beckman Coulter AU480)	:	8,30 73,04	mg/l µmol/l	(6,7 - 11,7) (58,96 - 102,96)
CHOLESTEROL TOTAL (M.Enzymatique colorimétrique/Beckman Coulter AU480)	:	2,02 5,21	g/l mmol/l	(Inférieur à 2) (3,53 - 5,18)
HDL-CHOLESTEROL (M.homogene directe immunoologique/Beckman Coulter AU480)	:	0,50 1,29	g/l mmol/l	(0,4 - 0,7) (1,03 - 1,8)
LDL- CHOLESTEROL (Selon la formule de Friedewald)	:	1,32	g/l	(Inférieur à 1,6)
NB : Valeurs à interpréter en fonction des données cliniques	:	3,41	mmol/l	(Inférieur à 4,12)
TRIGLYCERIDES (M.Enzymatiques/Beckman Coulter AU480)	:	1,00 1,14	g/l mmol/l	(Inférieur à 1,5) (Inférieur à 1,71)

NB : Le prélèvement a été réalisé après s'être assuré des bonnes conditions de prélèvement.

Cependant, nous tenons à rappeler que le non-respect strict du délai de jeûne, peut (chez certaines personnes prédisposées) donner des valeurs élevées, significatives en comparaison avec l'historique du patient de :

- Triglycerides (++)
- Cholesterol total (+/-).

A savoir :

- * Régime normo-lipidique durant les 3 jours qui précèdent le prélèvement
- * Un jeûne d'au moins 12 h

Signature: 20/01/20
Laboratoire Génelab
Oum Rabiaâ
M. BENAZZOUZ
Rés. Abouab Oum Rabiaâ El Oulfa - Casa
Tél.: 05 22 93 10 60 / 61 - Fax: 05 22 93 10 61
0522 93 10 61
000068

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

شارع أم الربيع - الالفة - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبواب أم الربيع - عمارة "س" - الدرالبيضا

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm. "C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - ت.م - Patente : 35051078 - البانينا - Fax : 05 22 93 10 61 - الفاكس

F-mail : nenelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - الهاتف - Gsm Whatsapp : 0676 84 52 02 - Site web : www.Lbmgenelab.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"

Docteur Mohamed BENAZZOUZ

Pharmacien Biologiste

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_lab0 : 093001394- IF : 51485800

FACTURE

Casablanca , le 06/03/2020

Facture N° 200120-122 du 20/01/2020

RMA WATANYA

Dr : FAIK ASMAA

N°Bon de soin Mle

Patient : Mr FABRE Patrick

Analyses	Valeur en B	Montant
GLYCEMIE	30	40,20
HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C	100	134,00
UREE	30	40,20
CREATININE	30	40,20
CHOLESTEROL TOTAL	30	40,20
HDL-CHOLESTEROL	50	67,00
LDL- CHOLESTEROL(Selon la formule de Friedewald)	50	67,00
TRIGLYCERIDES	60	80,40
Total B	380	509,20
APB	1,0	11,51
Total		520,71

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinq cent vingt dirhams 71 centimes***

Labo
Oum Rabiaâ
M. BENAZZOUZ
Rce Abouab Oum Rabiaâ EL Oulfa - Casa
Patente : 35051078
ICE : 001084109000068
Tél : 05 22 93 10 60/0522905937
Fax : 05 22 93 10 61
Watsapp : 0661763068

Dr. Asmaâ FAIK ESSAOUDI

Omnipraticienne

Diplômée en échographie
Diplômée en Gynécologie
Suivi de grossesse et Infertilité
de l'université de Bordeaux



الدكتورة أسماء فائق السعودي

طبيبة (رجال - نساء - أطفال)
شهادة جامعية في الفحص بالصدى
شهادة طب النساء متابعة الحمل
صعوبات الإنجاب و العقم
من جامعة بوردو فرنسا

Ordonnance

Casablanca, le 18/01/2020.

FABRE PATRICK

faik sp

- 1) TSH
- 2) HBAC
- 3) urée - créa
- 4) CT, TG, LDL, HDL

Dr. Asmaâ FAIK ESSAOUDI
Généraliste
Lot. AL YOUSR, GH 1B, Imm. 07 Appt. 1RDC, Farah Slam, Oulfa - Casablanca
Tél.: 05 22 89 41 42

Dr. Asmaâ FAIK ESSAOUDI
Généraliste
Lot. AL YOUSR, GH 1B, Imm. 07 Appt. 1RDC, Farah Slam, Oulfa - Casablanca
Tél.: 05 22 89 41 42

Signature

إقامة اليسر 1B GH، عمارة 07 شقة رقم 1 الطابق السفلي، فرح السلام، الألفة-البيضاء-الهاتف : 05 22 89 41 42
Lot. AL YOUSR, GH 1B, Imm. 07 Appt. 1RDC, Farah Slam, Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 89 41 42

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)	: 02766481			
N° Affiliation	: 00401263 10 00022		N° Externe	:			
Personne soignée	: FABRE PATRICK EL MEHDI		Date ouverture	: 26/03/2020			
N° sinistre	: 2020003 00		Date règlement	: 27/04/2020			
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	
CONSULTATION	0		150.00	150.00	85.00	127.50	
LABO-ANAL	0		520.71	520.71	100.00	520.71	
TOTAL			670.71	670.71		648.21	
						Montant A Rembourser	
						648.21	