

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.

N° W19-598784

52661

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 7899 Société : RDM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NAJIB ABDELLAH

Date de naissance : 20/11/1966

Adresse : MUSIQUE

Tél. : 0661345639 Total des frais engagés : Dhs



Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : VELOT YOLANDE Age: 54

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : CONFIRMATION RE

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 : 23/12/2020 Casablanca Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : Yolande NATI

. Date de naissance :

Nature de la maladie : Desmofole

(préciser causes et circonstances).....

Nature des prestations

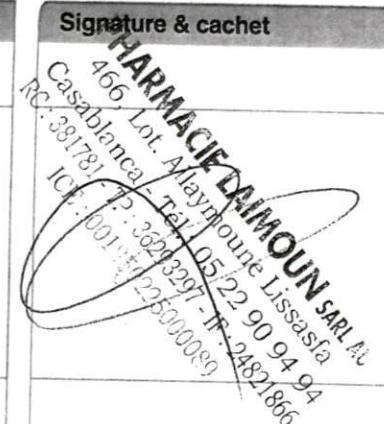
Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
Médecin traitant	16/08/20	CS		300dh	<p>Dr. Imane BENNANI Dermatologue 64, Bd. Sidi Abderrahmane 5ème Etage Boulevard Casablanca Tél: 0522 36 62 61</p>
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies	19/08/2020	8.1025 E+26		912.00 DH	<p>EVOL - 340 ABD MOTAOUAKKIL LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES 187 Boulevard ibn Sina Casablanca Tel: 0522 95 11 34 Fax: 0522 94 11 34 E-mail: evollab@hotmail.com n° T: 09861067 ICE: 001666550002</p>

Pharmacie

Factures

Date	Montant
25/09/20	49,60

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.

Partie réservée à RMA

Date(s) de réception du courrier

1	2	3	4

Identification

N° du sinistre	11111111
	11111111
	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

Souscripteur :

N° de police :

Adresse :

Intermédiaire :

.....

Cachet du souscripteur :

TIMAR

Bd 1 N°1 Quartier

Aïn Sebaâ - Ca

Tél:05 22 67 60 6

Fax:05 22 67 25 7

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

Adresse :

.....

.....

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom :

.....

Lien de parenté :

.....

elle-même

Montant des frais engagés :

1261 DHS. 60

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

Fait à Casablanca, le 26/10/2020 Signature de l'assuré(e)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Dr IMANE BENNANI

Dermatologie Médicale, Esthétique et Interventionnelle

Diplôme d'études spécialisées de dermatologie et vénérologie, Université Toulouse III

Diplôme interuniversitaire des maladies systémiques, Montpellier et Paris VI

Diplôme interuniversitaire de dermatologie pédiatrique, Nice

Diplôme universitaire de pathologie et chirurgie du cuir chevelu, Paris VI

Diplôme interuniversitaire de dermatologie esthétique, Versailles

ORDONNANCE

Date

25/09/2020

VECOT EP NAJIB YOLANDE

D CURE forte: ampoules 100.000UI

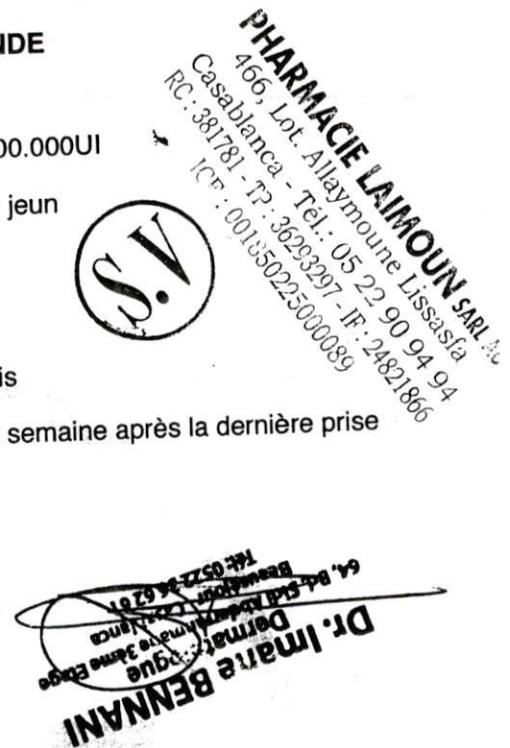
1ampoule à boire le matin à jeun

1 autre 15jours plus tard

(soit 2 ampoules au total)

puis 1 ampoule après 3 mois

Contrôle de la vitamine D 1 semaine après la dernière prise



PPV: 49,60 DH
LOT: 20E25
EXP: 05/2023

0522 366 261 / 0612 716 310

Contact@dermatologieberennani.ma

www.dermatologieberennani.ma

⑨ 64 Bvd Sidi Abderrahman, 3ème étage, résidence Misselma, Casablanca

Tram: ligne T1, station Beauséjour



Dr. Aziz MOTAOUAKKIL

- Pharmacien Biogiste Diplômé de la Faculté de Pharmacie de Lyon
 - Ex Interne des Hôpitaux de Lyon
 - Diplôme de Biologie de la Reproduction de Besançon

2009192011 – Mme Yolande NAJIB

ANALYSES SPECIALISEES

08-07-2017

22.60

Vitamine D-25-hydroxy-vitamineD-D2+D3 25.40 ng/ml
(Technique ELFA sur Vidas) 50.80 nmol/L

STATUT	25-(OH) VITAMINE D
Déficient	<20 ng/ml
Insuffisant	20-29 ng/ml
Suffisant	30-100 ng/ml
Toxicité potentielle	>100 ng/ml

Validé par le biologiste
DI AZIZ MOUTAQUAKIL
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALE
187 Boulevard Hassan Sina Casablanca
Tél 0522 94 77 34 Fax 0522 94 77 22
E-mail evolulab @hotmail.com
0936106 ICE 00166653500011

Date du prélèvement : 19-09-2020 à 10:26
 Code patient : 1503072001
 Né(e) le : 26-12-1966 (53 ans)

Mme Yolande NAJIB
 Dossier N° : 2009192011
 Prescripteur : Dr IMANE BENNANI



HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE(Sysmex XT-1800i)

			12-05-2018
Leucocytes	4.29	G/L	4.42
Hématures	4.71	T/L	4.85
Hémoglobine	14.3	g/dL	14.5
Hématocrite	42.8	%	43.3
V.G.M	90.9	fL	89.3
T.C.M.H	30.4	pg	29.9
C.C.M.H	33.4	g/dL	33.5

FORMULE LEUCOCYTAIRE(Sysmex XT-1800i)

Poly. Neutrophiles	40.1	%	39.0
Soit	1.72	G/L	1.73
Poly. Eosinophiles	5.1	%	5.7
Soit	0.22	G/L	0.25
Poly. Basophiles	0.2	%	0.5
Soit	0.01	G/L	0.02
Lymphocytes	42.0	%	42.1
Soit	1.80	G/L	1.86
Monocytes	12.6	%	12.7
Soit	0.54	G/L	0.56
PLAQUETTES(Sysmex XT-1800i)	183	G/L	179

Commentaire :

Numération formule sanguine normale

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

- Ferritine
 (Technique ELFA Vidas)

12-05-2018

20.2

77.7 ng/mL (15.0-150.0)

- TSH
 (Technique ELFA Vidas)

08-07-2017

2.30

1.52 mUI/L (0.25-5.00)

BILAN ENDOCRINIEN



Dr IMANE BENNANI

Dermatologie Médicale, Esthétique et Interventionnelle

Diplôme d'études spécialisées de dermatologie et vénérologie, Université Toulouse III

Diplôme interuniversitaire des maladies systémiques, Montpellier et Paris VI

Diplôme interuniversitaire de dermatologie pédiatrique, Nice

Diplôme universitaire de pathologie et chirurgie du cuir chevelu, Paris VI

Diplôme interuniversitaire de dermatologie esthétique, Versailles

ORDONNANCE

Date

16/09/2020

VECOT EP NAJIB YOLANDE

NFS

FERRITINEMIE
TSH

VITAMINE D

64 Bd Sidi Abderrahman Casablanca
Dr. Imane BENNANI
Dermatologie Esthétique

FACTURE N° : 2009192011

Casablanca le 19-09-2020

Mme Yolande NAJIB

Date de l'examen : 19-09-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
	Ferritine	B230	B
	TSH Ultrasensible	B250	B
	Vitamine D – 25-hydroxy-vitamine D – D2 + D3 :	B450	B
	- NFS	B80	B
	Prise de sang	B15	B

Total des B : 1025

TOTAL DOSSIER : 912.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent douze dirhams

IF 14377655

Dr AZIZ MOTAOUAKKIL
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187 Boulevard Ibnou Sina Casablanca
Tél 0522 95 03 34 Fax 0522 94 77 45
E-mail evolulab@hotmail.com
00361063 NCE 001666330000

Siège social

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc
 Tél. : 05 22 31 21 63 - 05 22 31 04 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	: TIMAR SA			Réf (C / V)	: 09659977	
Assuré	: VECOT YOLANDE MARIE ALINE			N° Externe	:	
N° Affiliation	: 00402003 00 000112			Date ouverture	: 19/11/2020	
Personne soignée	: VECOT YOLANDE MARIE ALINE			Date règlement	: 23/11/2020	
N° sinistre	: 2020007 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	0	300.00	300.00	80.00	240.00
LABO-ANAL	0	0	912.00	912.00	80.00	729.60
PHARMACIE	0	0	49.60	49.60	80.00	39.68
TOTAL			1261.60	1261.60		1009.28
					Montant A Rembourser	
						1009.28

NB : Votre remboursement est versé sur votre carte SIHATCOM

FOR-GM-004 VERSION D1 DU 15/07/1998