

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	8662	Société :	SA
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	RD
Nom & Prénom :		HAÏTÉ MSA	
Date de naissance :		23/12/1961	
Adresse :		H.	
Tél. :		06 89 25 38 20	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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				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

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553
D 00000000	G 00000000
B 00000000	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 1.766.170.800 DH - Entreprise régée par la loi n° 17-89 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

..... 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 : FANJAOLI NADIA

Lien de parenté :

Montant des frais engagés : 1001,1 DH DHS.

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

Fait à

Casab

, le 04.07.2011

Signature de l'assuré(e)

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade :

FANJAONI NADIA

Date de naissance :

causes de la maladie

Date de naissance :
West nyasa clz

cas d'accident :

iser causes et circonstances).

Dr. MAHBOUB Abdessouane
Pneumo - Allergologie
Ed. Mohamed Bouazza 2^{ème} Etage App. 7 - Res. Farida 3
Tél.: 0522 55 08 09 - INPE 01 40 66 43

Pharmacie

Factures

Date _____

Montant

1-7-2022 75A.10

Date: 09205

Signature & cachet

Signature :
pharmacie RIAD AL ANDALOU'S
Bis, Rue 19 - ANDALOUS
022 50.01.76
ASA BLANC

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 co



Toute réclamation doit être

Dr. MAHBOUB Abdelouahed

Ex Médecin Chef de service de pneumophysiologie .
Spécialiste de l'Appareil Respiratoire,
Allergies, Asthme, Tuberculose
Sevrage Tabagique, Tests d'Allergie
Exploration fonctionnelle respiratoire
Endoscopie Bronchique

الدكتور عبد الواحد محبوب

رئيس قسم الأمراض الصدرية سابقا
اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى
الحساسية، الربو (الضيق)، السل
الإقلاع عن التدخين، تحليل الحساسية
فحص وضيق التنفس
التنظير القصبي

Ordonnance

Casa, le 01/7/2022

S.V

FARJAOUI Nadia

42,00 ♂ Predni dog n°1
3x5g 1th pro apnaphal

88,00 ♂ Cortal S.V. PHARMACIE RIAD AL ANDALOUS
191, le mar Rue 19 - ANDALOUS
Tel: 022 50.01.76

119,00 ♂ Ritonel phl 100ml ABLANCA
2 per t chape horne / 10 jours S.V.

297,00 ♂ Regul 400mg
~~stomate clath~~

Symbrat 400mg
Rituximab 1000mg

C

O Taramé 59
205.00 196x77 mm

F: 75A.10

S.V.

Dr. MAHBOUB Abdelouahed
Pneumo - Allergologue
Bd. Mohamed Bouazza, Rés. Farajine 5
2^e Etage Appr. 7 - Casablanca
0522 55 05 00 - INPE: 091049643

Pharmacie RIAD AL ANDALOUS
37 Bis, Rue 19 - ANDALOUS 1
Tél: 022 50.01.76
CASABLANCA

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


FEUILLE DE DECOMpte DESTINEE A L'ASSURE

Employeur	FONDATION DU ROI IBN ABDELAZIZ AL SAOU					Page	1/1
Assuré	FANJACUI EP HAITI NADIA					Ref (C / V)	02926232
N° Affiliation	001532405 00 000117					N° Externe	
Personne soignée	FANJACUI EP HAITI NADIA					Date ouverture	14/07/2022
N° sinistre	2022001 00					Date règlement	15/07/2022
Nature de la maladie							
Nature des Prestations	Cotation M.L.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	80.00	200.00	
PHARMACIE	0	0	751.10	751.10	80.00	600.88	
TOTAL			1001.10	1001.10		800.88	
							Montant à Rembourser
							800.88