

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 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

- 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° W19-502382

(14 268)

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12722 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DARMAL Youness

Date de naissance : 01-03-1990

Adresse : lot EL PATH 2 NR 20 Sidi MAAROUF

Tél. : 0618932740 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Boukhoulkhac Bahia Age : 28

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 : CASABLANCA Le : 24/1/21 2018

Signature de l'adhérent(e) :

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 1.798.170.800 de DH - R.C. 15.207 - C.N.S.S. 111.8666
 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 DECOMPTÉ DESTINÉE A L'ASSURÉ

Employeur : JACOBS ENGINEERING SA (SITE CASABLANCA) Assuré : Boukhoulkhal Bahla N° Affiliation : 00402152 00 000538 Personne soignée : Boukhoulkhal Bahla N° sinistre : 2019013 00 Nature de la maladie :					Réf (C / V) : 09571157 N° Externe : Date ouverture : 29/11/2019 Date règlement : 29/11/2019		Page 1/1
Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement	
SOINS DENTAIRE	12 D	12 D	500.00	480.00	90.00	432.00	
TOTAL			500.00	480.00		432.00	
1-1: REGLEMENT EFFECTUE CONFORMEMENT AUX CLAUSES CONTRACTUELLES						Montant A Rembourser 432.00	

Partie réservée à RMA

Date(s) de réception du courrier

1 2 3 4

Identification

N° du sinistre

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CP

Ordonnancement

I.C.

D.D

D

C.C

Siège social

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc

Tél. : 0522 31 21 83 - 0522 31 01 89 - Fax : 0522 31 38 84

SA au capital de 1.798.170.000 DH - Entreprise régie par la loi n° 17-98 portant code des assurances

www.rmaassurance.com



RMA

ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

تصريح معالجة الأسنان Déclaration dentaire

Type de déclaration



Devis



Exécution

N° d'affiliation

513181

Souscripteur :

Cachet du souscripteur :

N° de police :

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

Dr. Khoulkhal Bahia

Adresse :

12, Lot Fatha, El Hadj Sidi Moulay, 1^{er} étage

Renseignements concernant le malade

Nom et Prénom :

Dr. Khoulkhal Bahia

Lien de parenté : On

Montant des frais engagés :

500

DHS

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

Fait à

Casablanca

, le

12/11/2019

Signature de l'assuré(e)

[Signature]

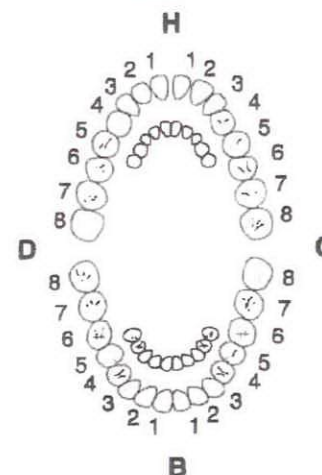
	Date	Coefficient des travaux	Honoraires	Cachet du praticien	Avis du médecin conseil
Proposition					
Exécution					

Date	Montant	Signature et cachet
------	---------	---------------------

- La déclaration doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives (ordonnances médicales, résultats des examens de radiologie etc...).
- Les prothèses dentaires sont soumises à l'accord préalable de l'assureur.
- Les extractions multiples au dessus de 5 dents, les soins spéciaux, parodontoses sont soumises à l'accord préalable de l'assureur.
- L'orthopédie dento-faciale (ODF) est prise en charge pour les enfants âgés de moins de 12 ans.
- 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.

Partie réservée au praticien

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.



Date	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficients	Honoraires	Avis du médecin conseil
------	----------------	--------------------------	--------------	------------	-------------------------

Let H_2 be D_2 500th

Dr. GUERIN, John Richard
Training ID: 115516
Date: 02/21/90
Anti-PCSA