

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

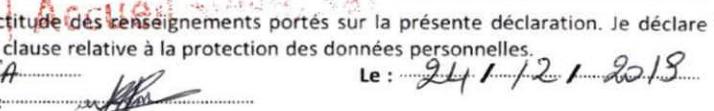
- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° W19-502382
(14268)

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 127221		Société : RAM	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	
<input type="checkbox"/> Autre			
Nom & Prénom : DARMAL YOUNESS			
Date de naissance : 01-03-1990			
Adresse : lot El FATH 2 NR 20 Sidi MAAROUF			
Tél. : 618832740		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : BaâKHOUÏKHAC BAÏHA Age: 28	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : / /	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 26 DEC. 2019	
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'exhaustivité 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 : 24-12-2018**
 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



ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

FEUILLE DE DECOMPTE DESTINÉE A L'ASSURE

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

ODF & Prothèses dentaires

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

Exécution

Pharmacie

Date Montant Signature et cachet

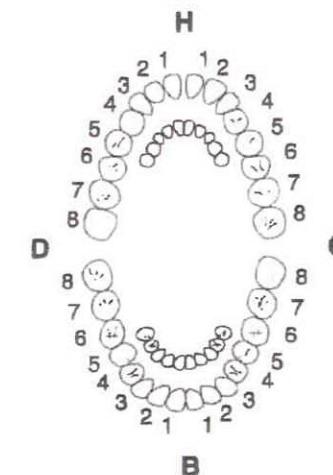
Recommandations importantes

- 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 donto-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.

→ Toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai de deux mois.

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.



Soins dentaires

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

Le 11/12/2015 Dr B. D. 500 DH

Dr. GEMAL N Hicham
Dentiste
N°017-A-C-0001
Signature : Dr. GEMAL N Hicham
Date : 11/12/2015