

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

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° P19- 0042077

ND: 32906

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7826

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : RAHI ES SADIA

Date de naissance : 30/12/1961

Adresse : Habituelle

Tél. : 0661311016 Total des frais engagés : 2000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Z RAI YASSIN Age : 22 Ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

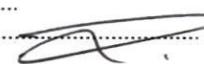
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



Date(s) de réception du courrier

1

2

3

4

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.rmwatanya.net

RMA WATANYA



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 : *Zher Said*

Adresse : *Habib Bourguiba*

Renseignements concernant le malade

Nom et Prénom : *Zher Yousri*

Lien de parenté :

fil

Montant des frais engagés : DHS. *255460 + 200 + 134*

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

Fait à , le Signature de l'assuré(e)

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : *Zhai - Yassine*
Date de naissance : *1997*

Nature de la maladie : *Mabk*

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	<i>30/11/2021</i>	<i>67</i>		<i>200,00</i>	<i>Dr. BELMACHRI Mohamed</i>
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies		<i>31/12/2021</i>		<i>310,00</i>	<i>B1</i>

Pharmacie

Factures

Date	Montant
<i>30/11/2021</i>	<i>2416,6000</i>

Signature & cachet

J. O. TELLER
TOUR
Tél: 05 22 75 47 48

30/11/2021 *2416,6000*

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.

الدكتور محمد بالفاطمي

Docteur Mohamed BELFATMI

- D.U en Diabétologie
 - D.U en Nutrition
 - Membre de la Société Francophone de Diabétologie
 - Ex Médecin Chef de l'unité de Diabétologie au Centre Hospitalier Moulay Rachid
 - Diplômé en Echographie
 - Spécialiste en médecine de travail

- دبلوم جامعي في داء السكري
- دبلوم جامعي في التغذية
- عضو جمعية الفرانكوفونية لد
- رئيس وحدة داء السكري بالمركز
- مولاي رشيد سابقا
- شهادة الفحص بالصدى
- اختباري في طب الشغل

Casablanca, de

الدار البيضاء، في ٢٥/١٣٠

On Yassini Min.
Educator Naturalist

439, ^{part}3
- Andhra

98,40x64

Dr. BELEATMI Mohame
Dj en Diabetologie DJ en Nutrition
Mohame en Ecographie Travail
Dj en Sociale et Psychologique
Mentor de la Guadra Côte d'Ivoire
1 Rade 22 56 55 55 E-mail: belmontmohamed@gmail.com

744,00 Lauten

— ? —

- Tegum Sora

24546011

شارع رضي الكندي (النيل سابقاً) 546 قرية الجماعة - الدار البيضاء / الهاتف: 05 22 56 56 61

Boulevard Reda Guedira Ex : Bd Nil N° 546 - Casablanca Cite Djamaâ
Tél : +212 522 56 56 61 - E-mail : ghettmail.fr

Tél. 05 22 56 56 61 - E-mail : dr-belmoha@hotmail.fr

الدكتور محمد بالفاطمي

- دبلوم جامعي في داء السكري
- دبلوم جامعي في التغذية
- عضو جمعية الفرنكوفونية لداء السكري
- رئيس وحدة داء السكري بالمركز الاستشفائي مولاي رشيد سابقا
- شهادة الفحص بالصدى
- اخصائي في طب الشغل

دكتور Mohamed BELFATMI

D.U en Diabétologie

D.U en Nutrition

- Membre de la Société Francophone de Diabétologie

- Ex Médecin Chef de l'unité de Diabétologie au Centre Hospitalier Moulay Rachid

- Diplômé en Echographie

- Spécialiste en médecine de travail

Casablanca, le

30/01/2021 الدار البيضاء، في

M. M. YASIR

- ma femme de 29

- 116 116



Laboratoire d'analyses médicales OTTOUR

Dr. Imane BAZINE
Biogiste

FACTURE

Facture N° : 44196

Date : 30/01/2020

ZHAR YASSIR

CASABLANCA

Analyses

Désignation	Code
HbA1c	B 100

Total : B 100

Total à payer : 134

Arrêtée la facture à la somme de CENT TRENTE-QUATRE DIRHAMS

Signature

Signature :
Tél/Fax : 05 22 75 06 93 - GSM : 06 75 05 01 32 - Email : labottour@gmail.com
Lottoissement Al Hamd BD Elhoucine Scoussi N° 88/90 Sidi Moumen Casablanca 90/88
Laboratoire d'Analyses Médicales OTTOUR
Lotissement Al Hamd BD Elhoucine Scoussi N° 88/90 Sidi Moumen Casablanca 90/88

N.B : Tout changement de la date de la facture et non permis
(Veuillez respecter les délais de dépôt de vos dossiers médicaux des organismes d'assurance)

Lottoissement Al Hamd BD Elhoucine Scoussi N° 88/90 Sidi Moumen Casablanca 90/88

Tél/Fax : 05 22 75 06 93 - GSM : 06 75 05 01 32 - Email : labottour@gmail.com

Patente : 93063845 - CNSS : 8014516 - FC : 414468 - TP : 33056482 - ICE : 001298820000076

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. 111.6666
 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	: S.T.C.R						Page 1/1
Assuré	: ZHAR SAID						
N° Affiliation	: 00652250 00 000585			Réf (C / V) : 09608318			
Personne soignée	: ZHAR YASSIR			N° Externe :			
N° sinistre	: 2020001 00			Date ouverture : 12/02/2020			
Nature de la maladie	:			Date règlement : 30/03/2020			
Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement	
CONSULT.SPEC.	1	0	200.00	200.00	80.00	160.00	
LABO-ANAL		0	134.00	134.00	80.00	107.20	
PHARMACIE		0	2454.60	2454.60	80.00	1963.68	
TOTAL			2788.60	2788.60		2230.88	
1-1: RETRAIT DES FRAIS DE GESTION CARTE SIHATCOM 25.00 DH							Montant A Rembourser
							2205.88

NB : Votre remboursement est versé sur votre carte SIHATCOM

FOR-GM004 VERSION 01 DU 15/07/1998