

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

diologie 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 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

 Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

21/6/52

Matricule : 11161

Société : R.A.M

 Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom :

H. LILIA

HA KIYA

Date de naissance :

11/11/63

Adresse :

MARRAKESH RUE D'ALGER 1 N° 102

Hassan II

CHAPRATHAN

Tél. : 0561 17 86 52 Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KAMEL KHALID

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 : CASABLANCA

Le : 12/03/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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'

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

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



RMA

ROYALE
MAROCAINNE
D'ASSURANCE

FEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE

Employeur	MAROC BUREAU						Page 1/1
Assuré	KAMEL KHAUD						
N° Affiliation	00130839 00 002525						Ref (C / V) : 02752214
Personne soignée	KAMEL KHAUD						N° Externe :
N° sinistre	2019016 00						Date ouverture : 04/02/2020
Nature de la maladie							Date règlement : 12/02/2020
Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement	
CONSULT.SPEC.	0	0	300.00	300.00	65.00	255.00	
PHARMACIE	1 0	0	3289.00	3289.00	65.00	2795.65	
TOTAL			3589.00	3589.00		3050.65	
1.1: REGLEMENT EFFECTUE A TITRE EXCEPTIONNEL							Montant A Rembourser
							3050.65

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.rmeassurance.com



تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration

- Maladie Maternité Optique Clinique Traitements spéciaux

N° d'affiliation

Intermédiaire :

Souscripteur :

Cachet du souscripteur :

MAROC-BUREAU

N° de police :

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : KAMEL ICHALID
Adresse :

179 BD Roudani n°11 1052

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : KAMEL ICHALID

Lien de parenté :

AMI

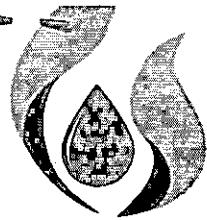
Montant des frais engagés :

53589,00 DHS

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration
Fait à , le Signature de l'assuré(e)

(f.s.)

(Sur Rendez-Vous)



anca, le :.....

21 May 19

L89,90

Kamer Kh-1, 11)

57.00 X 5

Journal 87/1005 (5) 19 x 31

FILE NO. 7

130 X 2

March 15th 1914.

63.20 x 2

Xylophagidae (M)

~~69.00~~

8. ~~19~~ 2012 13. 1st

- Les colm. sv) (avec)

103.60

Amstel 15 "nouw" 1972

25.00 x 2

Dn 11 Lundi - Vendredi 9h - 17h

~~Horaire de Consultation:~~

Samedi (matinée) : 9h - 13h

Date de naissance :	10/10/1966
Nature de la maladie :	maladie cardiaque
En cas d'accident :	(préciser causes et circonstances)

Date	Montant
21/11/2019	3289,90

مكتب الطبيب المختص
 Dr. AIAAF HANT AL FAHY
 ٦ شارع ٣٢٤٣٦
 Al Seef, قاعة العروبة
 Tel : ٠٥٢٢٤٤٧٥٣ Fax : ٠٥٢٢٨٠١٦
 E-mail : aliaaf@yahoo.com

Nature des prestations

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
Médecin traitant	21/11/2019	300			
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies					

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 cod des assurances.
- Toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai de deux mois.