

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.

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° W19-551447

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>1876</u>	Société : <u>54176</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : <u>NOUAFATI EL NOUSTAPA</u>			
Date de naissance : <u>07/04/1953</u>			
Adresse :			
<u>06 69 50 58 05</u> Total des frais engagés : <u>444,30</u> Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>09/01/2021</u>			
Nom et prénom du malade : <u>MOHAMED HAFSI Lotifa</u>			
Age : <u>68</u>			
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 :			
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 : 09/01/2021 Le : 09/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :



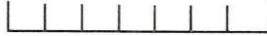
Partie réservée à RMA

Date(s) de réception du courrier

1	2	3	4
---	---	---	---

Identification

N° du sinistre



CP



Ordonnancement

I.C.

D.D

D

C.C

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.rmaassurance.com



تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration

- Maladie Maternité Optique Clinique Traitements spéciaux

N° d'affiliation

126 707 00 825

Intermédiaire :

Souscripteur :

Cachet du souscripteur :

N° de police :

126 707

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

MARHATI Latifa

Adresse :

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom :

Mme MARHATI Latifa

Lien de parenté :

Fratrie

Montant des frais engagés : 444,30 DHS.

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

Fait à 24/01/2019, le 24/01/2019 Signature de l'assuré(e)

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : MARTI LARIFIA

Date de naissance : 1962

Nature de la maladie : arthrose + goutte

En cas d'accident :

(préciser causes et circonstances)

Pharmacie

Factures

Date

Montant

17/11/20 294.30

Signature & cachet

*PHARMACIE DES VALLÉES
MULADY DOUR LAISSE
03 21 25 67 70
03 21 24 19 28*

Nature des prestations

Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
-----------	------	---------------------	------------	------------	----------------------------------

17.11.2020 c. MDDN

CAN

Médecin traitant

.....
.....
.....
.....

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 dumment 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.

Siège social

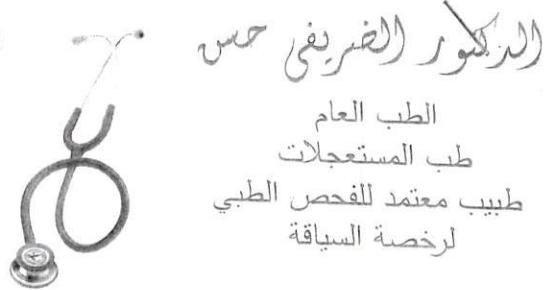
83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc
 Tél. : 05 22 31 01 69 - Fax : 05 22 31 38 84
 S.A. au Capital de 1.796.170.800 de DH - R.C. 15.207 - C.N.S.S. 111.6666
 PATENTE : 35101950 - I.F. 01084830 - ICE : 001530601000041
 Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances
www.rmaassurance.com

**RMA**ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE**FEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE**

Employeur	MAROCaine INDUSTRIELLE & COMMERCIALE (COMICOM)					Page	1/1
Assuré	NOUQATI NEE HARTI LATIFA					Réf (C / V)	09557649
N° Affiliation	00126707 99 000034					N° Externe	
Personne soignée	NOUQATI NEE HARTI LATIFA					Date ouverture	18/12/2020
N° sinistre	2020001 00					Date règlement	22/12/2020
Nature de la maladie							
Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement	
CONSULTATION	0	0	160.00	160.00	85.00	127.50	
PHARMACIE	0	0	294.30	294.30	85.00	260.15	
TOTAL			444.30	444.30		377.66	Montant à Rembourser
							377.66

Decteur DRIFI Hassan

Médecine Générale
Médecine des Urgences
Médecin Agrée pour la
Visite de Permis de Conduire



Casablanca, Le

17.11.2012

MARTI LATIFA

PHARMACIE DES HALLES
Mme BOUDALI DIOURI Latifa
Tél: 0522 24 61 79
Fax: 0522 24 19 28

* Dels 22
M. 02 3
* Softmax 150 mg
60,00 21 n
* Vento tub spray
40,35 20 ml
* Dettol 800
29,80 1 l + n x 3
* Humeur 90
23,90 1 l / x 3

294,35 n / x 3

شارع محمد الخامس عمارة 625 الطابق 3 شقة رقم 23 أمام جماعة الصخور السوفاء - الهاتف 05 22 24 14 90 - المحمول: 06 69 02 66 67
BD Med V, Imm 625, 3 ème étage Appt N°23 en face de la Commune Sokhor Assawda - Tel: 05 22 24 14 90 - Gsm : 06 69 02 66 67