

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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 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° W19-551437

54176

<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 :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>MOUSSATI Elmo STAFIA</u>			
Date de naissance : <u>07/04/1953</u>			
Adresse :			
Tél. : <u>0669505305</u>			
Total des frais engagés : <u>359,30</u> Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cache du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <u>Mme HARI Latifa</u> Age : _____			
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 : CASA Le : 04/01/2021

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 1.796.170.800 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'ASSURANCEFEUILLE DE DECOMpte DESTINEE A L'ASSURE

Employeur	: MAROCAINE INDUSTRIELLE & COMMERCIALE (COMICOM)					Page	1/1
Assuré	: NOUQATI NEE HARTI LATIFA					Réf (C / V)	: 09667649
N° Affiliation	: 00126707 99 000034					N° Externe	:
Personne soignée	: NOUQATI NEE HARTI LATIFA					Date ouverture	: 18/12/2020
N° sinistre	: 2020002 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	
CONSULT. SPEC.	0	0	300.00	300.00	65.00	255.00	
PHARMACIE	1 0	0	59.30	26.30	65.00	22.35	
TOTAL			359.30	326.30		277.35	
1-1: PRODUIT NON REMBOURSABLE (SERUM PHYSIOLOGIQUE)							Montant A Rembourser
							277.35

Partie réservée à RMA

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.rmaassurance.com



RMA

ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration

Maladie Maternité Optique Clinique Traitements spéciaux

N° d'affiliation 12 6 207 00375 Intermédiaire :

Souscripteur : 00 Mi 00 07 Cachet du souscripteur :

N° de police : 12 6 207

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : Hme HAFSI Béchir

Adresse :

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : Hme HAFSI Béchir Lien de parenté :

Médecin

Montant des frais engagés : 359,30 DHS.

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

Fait à : 00 00, le 27/11/2014 Signature de l'assuré(e)

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : MOUSETI Latifa

Date de naissance : 24/03/1960

Nature de la maladie : hypertension

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	<u>07 NOV 2020</u>	<u>500</u>			<i>Dr. BENNOUAF Mohamed Ortbiologiste 41, Avenue Hassan II Casablanca tel: 05 22 287 96 au 05 22 27 41 52</i>
Auxiliaires médicaux					
Analyses et radiographies					

Pharmacie

Factures

Date

Montant

7/11/20 59.30

Signature & cachet

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.

Dr Bennoune Mohamed

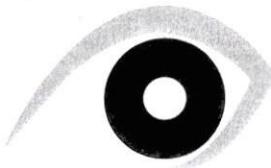
OPHTHALMOLOGISTE

Lauréat de La Faculté de Médecine de Paris

Maladies des Yeux

Chirurgie Oculaire et Orbito-Palpébrale

Chirurgie Réfractive



خريج كلية الطب بباريس
اختصاصي في أمراض العيون
جراحة العين والجفن
جراحة تصحيح البصر

samedi 07 novembre 2020

Mme NOUQATI LATIFA

SERUM PHYSIOLOGIQUE: 5ml ou PHYSIODOSE

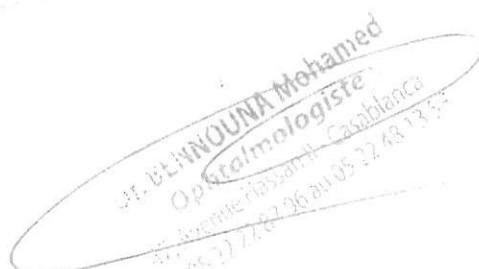
33.00 lavage oculaire en cas de démangeaisons, dans les deux yeux

PPC 33,00 DH

GENTAMICINE CHAUVIN COLLY

26.30 1 goutte 4 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

59.30



En cas d'urgence : 05 22 25 71 71

شارع الحسن الثاني، الطابق الأول - الدار البيضاء

47, Av. Hassan II, 1er étage - Casablanca

الهاتف : 05 22 22 87 96 / 05 22 48 13 58

Fax : 05 22 47 32 60

TRAM : Station Place M^{ed} V

E-mail : bennouna.oph@gmail.com / GSM : 06 06 25 45 85