

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

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.

ique :

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.

ntaire :

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° M20- 0008581

57115

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : PARAS (251) Société : Nussba & Co

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : F

Date de naissance :

Adresse :

0522

Tél. : 451641 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BOUKATTI, Naima

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 : 27/01/2024

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Partie réservée à RMA

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 : 141011 Intermédiaire :

Souscripteur : Cachet du souscripteur :

N° de police :

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

Adresse :

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : BOUKATAYA - Nawane Lien de parenté :

Montant des frais engagés : DHS.....

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

Fait à le 29/12/2010 Signature de l'assuré(e)

Date(s) de réception du courrier

1 2 3 4

Identification

N° du sinistre

CP

Ordonnancement

I.C. D.D D C.C

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : THE BOUKATAYA NASSIM
Date de naissance :
Nature de la maladie : Oune trophe
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 | 25 DEC 2020 | U 5 | | 300 | |
| Auxiliaires médicaux | 27/12/2020 | | | 2000.00 | |
| Analyses et radiographies | | | | | |

Pharmacie

| Factures | | Signature & cachet |
|----------|---------|--------------------|
| Date | Montant | |
| 25/12/20 | 68,00 | |
| | | |

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.

Docteur Abdelkader Moukel

الدكتور عبد القادر مقل

Maladies et Chirurgies des Yeux
Strabologie - Angiographie - Laser
Femto-Lasik Myopie - Chirurgie de la Cataracte
Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

خريج كلية الطب بتولوز

CASABLANCA, le Vendredi 25 Décembre 2020

Madame BOUKATAYA Nassima

DOUBLE FOYER VERRES ORGANIQUES

VERRES AMINCIS

ANTI REFLET

+ MONTURE

OPTIQUE YOMIN
SOUKATAYA
N°15 - Casablanca
Tél. 05 22 22 96 41

Oeil Droit : (95° -0,75) + 3,00 , Addition + 2,75

Oeil Gauche : (95° -0,50) + 2,75 , Addition + 2,75

Dr. MOUKEL Abdelkader
OPHTHÉMOLOGUE
24, Bd. Mohammed V - Casablanca
Tél. 05 22 22 96 41 - GSM 077 42 89 89

24, Bd. Mohammed V, 1^{er} Etage - Casablanca - الدار البيضاء - الطابق الأول - شارع محمد الخامس

الهاتف : 05 22 22 96 41 - 07 62 77 06 23

OPTIQUE



YOUNESS

ROKENEDDINE Mohammed

محمد ركن الدين

FACTURE

Souk Koréa Bloc (EF)

N°15 - Casablanca

Tél : 06 61 65 09 77,

R.C : 247708

Patente : 45519260

ICE : 000885021000189

سوق القرية بلوك (EF)

الرقم 15 - الدار البيضاء

الهاتف : 06 61 65 09 77

س.ت. : 247708

N° 000285

Casablanca, le 27/12/2020

M. Boukoteya Nassima

Doit

Docteur Abdelkader Moulsal

Nomenclature N° 432.433

VL OD : cyl sph (9.75 - 2.75) + 3.00

350,00

OG : cyl sph (9.75 - 2.75) + 2.75

350,00

VP OD : cyl sph Add 2.75

300,00

OG : cyl sph Add 2.75

300,00

Verres Myosin 12 04

Montures : optique

700,00

Facture arrêtée à la somme de :

Deux mille mm

2000,00

O ————— D ————— OG —————

90 90

الدكتور عبد القادر مقل

Maladies et Chirurgies des Yeux
Strabologie - Angiographie - Laser
Femto-Lasik Myopie - Chirurgie de la Cataracte

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

خريج كلية الطب بتولوز ،

★★★★★

★ ★ ★ ★ ★

CASABLANCA, le Vendredi 25 Décembre 2020

Madame BOUKATAYA Nassima

- .VITADROP

1 goutte, le matin et soir, dans les deux yeux pendant 15,00 jours



FEUILLE DE DECOMPTÉ DESTINÉE A L'ASSURÉ

Employeur : RMA (RET)
 Assuré : BOUKATAYA NASSIMA
 N° Affiliation : 00128674 99 000405
 Personne soignée : BOUKATAYA NASSIMA
 N° sinistre : 2020003 00
 Nature de la maladie :

Page 1/1

N° Externe :

Date ouverture : 30/12/2020

Date règlement : 31/12/2020

| Nature des Prestations | Coeff.1 | Coeff.2 | Vous avez payé | Base de Remboursement | Taux de Remboursement | Montant de Remboursement |
|---|---------|---------|----------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|
| CONSULT.SPEC. | 0 | 0.00 | 300.00 | 300.00 | 80.00 | 240.00 |
| PHARMACIE | 1 0 | 0.00 | 68.00 | 0.00 | 80.00 | 0.00 |
| VERRE | 2 0 | 0.00 | 1300.00 | 1125.00 | 80.00 | 900.00 |
| MONTURE VISION DE PRES | 0 | 0.00 | 350.00 | 350.00 | 80.00 | 280.00 |
| MONTURE VISION DE LOIN | 0 | 0.00 | 350.00 | 350.00 | 80.00 | 280.00 |
| TOTAL | | | 2368.00 | 2125.00 | | 1700.00 |
| 1-1: PRODUIT..... : NON REMBOURSABLE (VITADROP) | | | | | | Montant A Rembourser |
| 2-1: Remboursement effectué conformément au tarif des opticiens appliqué au maroc | | | | | | |
| | | | | | | 1700.00 |