

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.

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.

Prothèse :

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.

AS : 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° M21- 0020666

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 603 Société : 86 368

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUIFRADEN EL HASSAIN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 99 60 24 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Maslih MAHMOUD 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 : MOHAMMEDIA Le : 30/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

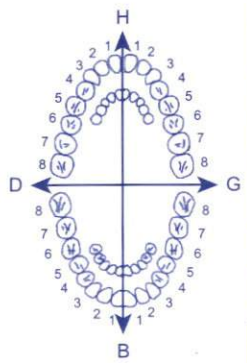
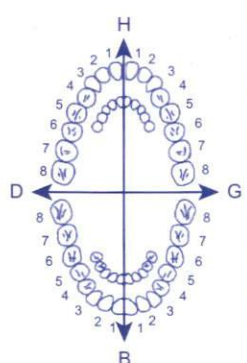
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D ————— 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G ————— 00000000 11433553 B </div> </div> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

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'ASSURANCE**FEUILLE DE DECOMPTÉ DESTINÉE A L'ASSURÉ**

E. COCTEUR : BUREAU CENTRAL MAROCAIN D'ASSURANCES (BCMA)		Page 1/1	
A. ASSURÉ : MOSUH MAHJOUBA		Réf (C / V) : 09731906	
N. Affiliation : 00130651 01 000329		N° Extérie : :	
P. Bonne soignée : MOSUH MAHJOUBA		Date ouverture : 25/06/2021	
N. sinistre : 2021001 00		Date règlement : 05/07/2021	
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	250.00	250.00	90.00	225.00
PHARMACIE	0	0	166.80	166.80	90.00	150.12
VERRE	1	0	2800.00	1140.00	90.00	1026.00
MONTURE VISION DE PRES	2	0	1800.00	1500.00	90.00	1350.00
MONTURE VISION DE LOIN	3	0	1800.00	1500.00	90.00	1350.00
TOTAL			6816.80	4556.80		4101.12

1-1 REMBOURSEMENT EFFECTIVE CONFORMEMENT AU TARIF DES OPTICIENS APPLIQUE AU MAROC	Montant A Rembourser 4101.12
2- TAXES NON REMBOURSEABLES	
3- TAXES NON REMBOURSEABLES	

Analyses et
radiographies

Auxiliaires
medicaux

Medecin
traitant

Praticien

Date

Acte et

coefficient

Ordonnance

Honoraires

Cachet et signature
du praticien

Nature des prestations

En cas d'accident
d'usage (causes et circonstances)

Signature du malade

Date de naissance

Partie reservee au praticien traitant

+ 2 minutes

VL 2 heures 16 minutes

VL 2 heures 16 minutes

02 JUN 2021 12 25,00

AK Oc 2020

MOSTA H. HANBOUBA

de To

Toute
des al

De la
etre

En
acq

des
a la

Loi

co

Lo

Lo

Lo

Verre

Monture

Monture

Verre

Categorie

liste des

Correction

Mille

Pharmacie

Factures

Montant

Date

02/06/2001

166,85

IMP:
092075308

PHARMACIE IDHAM
17, Boulevard F. Salem
411100000

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.

Client N° 1737

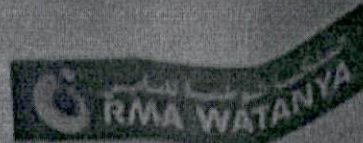
Sigle social

11, rue de la Liberté, Casablanca - Maroc

Tél : 0522 21 11 62 - 0522 31 01 99 - Fax : 0522 21 30 84

Site Internet : www.rma-watany.ma

Service Clientèle : 0522 21 30 84



تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration



Maladie



Maternité



Optique



Clinique



Traitements spéciaux

N° d'affiliation

0001308540400029

Souscripteur

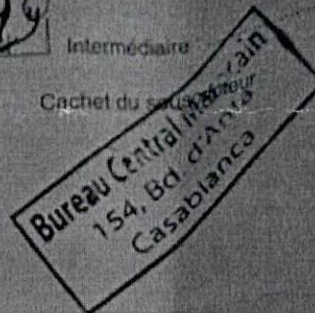
N° de police

Adresse

Bureau Central Maroca
154, Bd. d'Anfa
Casablanca

Intermédiaire

Cachet du souscripteur



Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et Prénom

Adresse

Renseignements concernant le malade

Nom et Prénom

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 Signature de l'assuré(e)

Docteur GUESSOUS MOHAMED

المختص في أمراض وجراحات العيون
Spécialiste en Ophtalmologie

Diplômé de la faculté de Médecine de Lyon (France)
Ancien attaché des Hôpitaux de Lyon (France)
Ancien attaché des Hôpitaux Militaires du Maroc
Médecin Expert Assermenté auprès des Tribunaux

Maladies et Microchirurgies des Yeux
Explorations oculaires - Lasers Argon et Yag
Lentilles de contact - Chirurgie de la Myopie au Laser

Casablanca le

02-06-2017

Mme Melle NOULIN Najouba

A. Prescription de Verres correcteurs et monture adaptée

Uni focaux - Progressifs ☒ 02 montures séparées

Travail Antibref
Écart pupillaire:
Amincis

Vision de Loin :

• Oeil Droit : +1 (60° - 0.50) 21.0
• Oeil Gauche : 90° - 1.25 81.0

Vision de Près :

• Oeil Droit : Add + 2.50
• Oeil Gauche : Add + 2.50

B. Instiller aux deux Yeux :

90 70°
Optanol 60
10-2/1 + 30

76.1
Conerigel

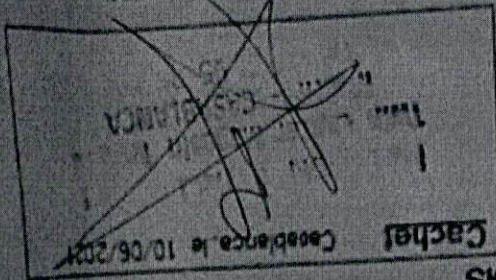
166 80
Zelidon

PHARMACIE IDHAM
77 Bd Rad Essalam
Casablanca - 20152
Tél: 0522 99 44 77

RESIDENCE BENOMAR
RUE IBNOU NAFISS PORTE 'B'
CASABLANCA-MAARIF.

TEL : 0522-99-44-77 et FAX : 0522-99-44-77

Twin Center 1er étage 11,274 Maart Casablanca TEL: 0522958525 GSM: 0822958550
 ICE 001543049000050 CHSS: 7108261 RC: 145189 Patente: 35790505 N° 1103065



payé en espèces

ARRÊTÉE LA PRÉSENTE FACTURE TOUTE TAXE COMPRISSE A LA SOMME DE
 SIX MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS

Total HT :	5333.33
TVA (20%)	1066.67
Total TTC :	6400

NB : Tous les montants sont exprimés en Dirhams

Catégorie	Désignation	Unité	Prix unitaire	Remise	Montant TTC
Verre	Organique BCUT 1.6	2	700	0	1400
Monture	Optique	1	1800	0	1800
Monture	Solaire	1	1800	0	1800
Verre	Organique BCUT 1.6	2	700	0	1400

liste des ventes

Correction		Sph	Cyl	Axe	Add
OD	+1.00	-0.50	60	+2.50	
OG		-1.25	90	+2.50	

Facture client N°: 000203/2021

Millennium Optical

Client N°: 1737

MOSLIM MAHMOUDA