

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

es générales :

adre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

adre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

Entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, actions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi pour tous les actes effectués en série.

Cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

acie :

es vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

our les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ogie 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.

ue :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ucation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° M21- 080021

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 931 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : BOUHAY A. Nouri 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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

17/12/20

Type de déclaration

☐ Maladie ☐ Maternité ☐ Optique ☐ Clinique ☐ Traitements spéciaux

N° d'affiliation : 1403 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 Lien de parenté :
Nanna

Montant des frais engagés : DHS.....

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

Fait à Essa, le 14/12/20 Signature de l'assuré(e) [Signature]

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade : Boukatisse Nassir

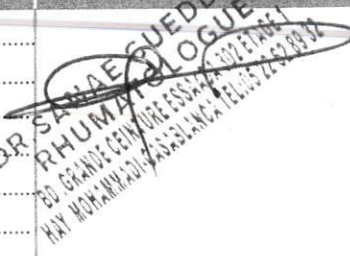

Date de naissance : 10/05/2000

Nature de la maladie : Affection rhumatologique

En cas d'accident : Non

(préciser causes et circonstances)

Nature des prestations

| Praticien | Date | Acte et coefficient | Ordonnance | Honoraires | Cachet et signature du praticien |
|---------------------------|------------|---------------------------------------------------------|------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Médecin traitant | 08/12/21 | C | | G |  |
| Auxiliaires médicaux | 03.12.2021 | du Reducteur petite 15ème 15ème 1205M 1800 > 4 | | |  |
| Analyses et radiographies | | | | | |

Pharmacie

[illegible]

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. Sanae GUEDDARI

Spécialiste en Rhumatologie
Maladies Ostéo-articulaires
Osteoporose - Colonne vertébrale
Faculté de Médecine de Rabat
- Diplôme en Echographie ostéo-articulaire
à la faculté de médecine de Rabat
- Diplôme en polyarthrite et maladies
Systémiques de la faculté de médecine
de Montpellier - France
- Ex-Médecin à l'hôpital El Ayachi Ibn Sina
Rabat



د. سناء كثراري

اختصاصية في أمراض
الروماتيزم - المفاصل - آلام الظهر
وهشاشة العظام
بكلية الطب - الرباط
- دبلوم الفحص بالصدى المتخصص
في المفاصل بجامعة الطب بالرباط
- دبلوم في أمراض الروماتيزم
والطب الباطني بجامعة
مونبيلي - فرنسا
- طبيبة سابقة بمستشفى العياشي
ابن سينا - الرباط

Casablanca, le : 28/12/22 : في : الدار البيضاء.

Ben Kolye Nossine

Rééducation pour capsulite ٥٦

15 séances de rééducation : 3 / semaine

- Mobilisation passive continue

- Mobilisation contracte-relâché

- Exercices pendulaires

- Exercices de postures

- Exercices actifs isométriques : contre résistance manuelle

- Exercices actifs fonctionnels : attraper objets en hauteur

- Cupération des mouvements : en antépulsion et rétro pulsion.

à grande ceinture, Essaâda 302 N° 75 (En face du laboratoire El Qods) 1er étage, Hay Mohammadi - Casablanca
شارع الحزام الكبير. السعادة 302 الرقم 75 (مام مختبر القدس) الطابق الأول. الحي الحمدي - الدار البيضاء
Tél.: 05 22 62 89 32 - 06 66 70 53 43 - البريد الإلكتروني : drgueddari.rhumato@gmail.com

Rééducation en :

Neurologie - Rhumatologie
Traumatologie - Cardio-vasculaires
Périnéale - Levée de Tension
Rééducation Respiratoire Nourrisson et
Adulte - Pédiatrique - Drainage Lymphatique

Bien-être :

Cure D'amincissement - Régime
Soins Corporels, Massage Relaxant, Tonique
Aux Huiles Chaudes
Aromatique, Réflexologie

TOPKINÉ



علاج أمراض الروماتيزم، آلام الظهر

أمراض القلب والشرابيين

الشلل النصفي، شلل الأطفال التدليك الطبي

ترويض الجهاز التنفسي للمفار والبالغين

ترويض قبل و بعد الولادة

التدليك اللمفاوي لعلاج الإنتفاخ

العلاج الفيزيائي

حمص التحفيف، حمص التحميل

DEVIS

N° :

Casablanca le 09/12/2021

Nom du Patient : M. Bou KATAYA NASSIMA

Assurance : B.M.A. WATANIJA

Nature des Actes : de Rééducation Jkt (capsalite 90)

Nombre de Séances : 15 séances

Frais par Séance : 1200 HT

Somme Totale : 18000 HT

Signature :

16, N°65 Takadoun sud, Hay Mohammadi - Casablanca
حي التقدم الجنوبي، الزنقة 16، رقم 65 الحي المحمدي - الدار البيضاء
Tél. : 0522 611 048 • Gsm : 0623 860 546

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° 99 portant code des assurances

www.rmaassurance.com

**RMA**

ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

FEUILLE DE DECOMPTÉ DESTINÉE A L'ASSURÉ

| Employeur : RMA (RET) | | | | | | Page 1/1 |
|--------------------------------------------------|-----------------|-------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Assuré : BOUKATAYA NASSIMA | | | | | | |
| N° Affiliation : 00126574 99 000405 | | | | | | Rég (C / V) : 09609963 |
| Personne soignée : BOUKATAYA NASSIMA | | | | | | N° Externe : |
| N° sinistre : 2021001 DO | | | | | | Date ouverture : 16/12/2021 |
| Nature de la maladie : | | | | | | Date règlement : 03/03/2022 |
| Nature des Prestations | Cotation M.T | Cotation N.A.P | Vous avez payé | Base de Remboursement | Taux de Remboursement | Montant de Remboursement |
| Kinésithérapie | 1 K | | 1800.00 | 1440.00 | 80.00 | 1152.00 |
| TOTAL | | | 1800.00 | 1440.00 | | 1152.00 |
| 1-1: REMBOURSEMENT EFFECTUE SUIVANT NOTRE ACCORD | | | | | | Montant A. Rembourser |
| | | | | | | 1152.00 |

NB : Votre remboursement est versé sur votre carte SIHATCOM

FCR-GN004 VERSION 01 DU 15.07.1998