

# 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

M22- 0021899

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 951 Société : 125238  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : FARIS, Mustapha  
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 : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 9/08/22 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Partie réservée au praticien

	Date	Coefficient des travaux	Honoraires	Cachet du praticien	Avis du médecin conseil
Proposition	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
Exécution	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....
	.....	.....	.....	.....	.....

## Pharmacie

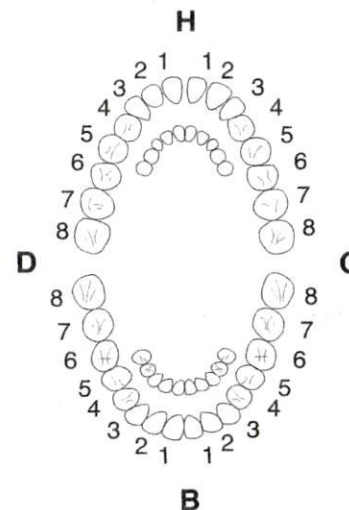
Date	Montant	Signature et cachet
------	---------	---------------------

### Recommandations importantes

- La déclaration doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives (ordonnances médicales, résultats des examens de radiologie etc...).
- Les prothèses dentaires sont soumises à l'accord préalable de l'assureur.
- Les extractions multiples au dessus de 5 dents, les soins spéciaux, parodontoses \* sont soumises à l'accord préalable de l'assureur.
- L'orthopédie dento-faciale (ODF) est prise en charge pour les enfants âgés de moins de 12 ans.
- 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.

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et leur coefficient d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.



## Soins dentaires

[illegible]



Docteur Kraïba Malika

CHIRURGIEN DENTISTE

68, Rue Mohamed Smiha  
2ème Etage - Bd. Med V  
Casablanca  
Tél. 05 22.44.47.20

الطبيبة جراحية للأسنان

طبيبة جراحية للأسنان  
68، زنقة محمد سميجة  
الطابق 2 شارع محمد الخامس  
الدار البيضاء  
الهاتف : 05.22.44.47.20

Casablanca, le : 05.7.2022 : البيضاء، في

me BOUKATAYA Nassima

- Kin (BS)

39ingepa



## Siège social

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc

Tél : 022 31 21 63 - 022 31 01 69 - Fax : 022 31 38 84 - 022 31 31 37

S.A. au capital de 1.774.400.800 DH - entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances

www.rmaassurance.com



## FEUILLE DE DECOMPTÉ DESTINÉE A L'ASSURÉ

**Employeur** : RMA (RET)  
**Assuré** : BOUKATAYA NASSIMA  
**N° Affiliation** : 00128674 99 000405  
**Personne soignée** : BOUKATAYA NASSIMA  
**N° sinistre** : 2022004 00  
**Nature de la maladie** :

Page 1/1

**N° Externe** :  
**Date ouverture** : 06/07/2022  
**Date règlement** : 07/07/2022

Nature des Prestations	Coef. 1	Coef. 2	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
SOINS DENTAIRE	24 D	24.00 D	500.00	500.00	80.00	400.00
<b>TOTAL</b>			500.00	500.00		400.00
						<b>Montant A Rembourser</b>
						400.00

FOR-GM-004 VERSION 01 DU 15/07/1998

 **RMA**  
 Conseil en Gestion des Ressources Humaines  
 Direction des Ressources Humaines & Moyens Généraux  
 83, avenue de l'Armée royale  
 Casablanca-Maroc  
 Tel: 05 22 31 24 63