

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-820550

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 4961		Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif		<input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : El Idrissi Abdellaziz			
Date de naissance : 25/10/1963			
Adresse :			
Tél. : 0668197653		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<i>Complément</i>			
Date de consultation : / /			
Nom et prénom du malade : / /			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	Age : / /
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) :			



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**BORDEREAU RECAPITULATIF DES REGLEMENTS**

Date Edition	11/09/2023	Page :	1 / 1		
Ref (C / V)	09997063				
Date Décision	11/09/2023				
Contrat	00401372 00	N° Lot	202309002305		
Société	ASSURANCES POUR LE COMMERCE ET L'INDUSTRIE (A.C.I.)	Appeléiteur	C1814 - ACI		
	1 PLACE SAINT EXUPERY ANGLE AVENUE HASSAN II ET RUE ALLAL EL FASSI CASABLANCA		1 Rp. St. Exupery Av. Hassan 2 CASABLANCA		
N° Assuré	Nom et Prénom de l'Assuré	N° Sinistre	Référence	Type Déclaration	Total Remboursement
000004	FJKRI EP EL IHABI HOUDA	2023005 00		Déclaration Soins Dentaires	240.00

Nombre Total de Décomptes Montant Global

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

**FEUILLE DE DECOMpte DESTINEE A L'ASSURE**

Employeur	ASSURANCES POUR LE COMMERCE ET L'INDUSTRIE (A.C.I)						Page 1/1
Assuré	FIKRI EP EL HABIB HOUDA						
N° Affiliation	00401372 00 000004						Réf (C / V) 09997063
Personne soignée	FIKRI EP EL HABIB HOUDA						N° Externe
N° sinistre	2023005 00						Date ouverture 08/09/2023
Nature de la maladie							Date règlement 11/09/2023
Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.D	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement	
SOINS DENTAIRES	100	100	400,00	300,00	80,00	240,00	
TOTAL			400,00	300,00		240,00	
A-T REGLEMENT EFFECTUE CONFORMEMENT AUX CLAUSES CONTRACTUELLES							Montant à Rembourser
							240,00

FOR-0MDDA VERSION 01 DU 16/07/1999

ODF & Prothèses dentaires

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

Exécution

Pharmacie

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

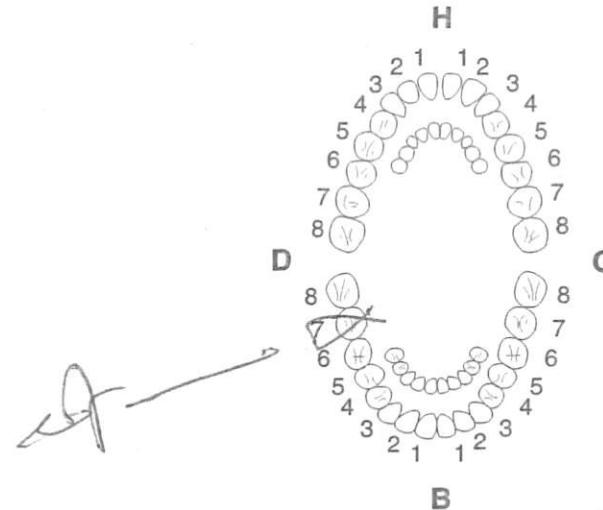
Recommandations importantes

- 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 donto-faciale (ODF) est prise en charge pour les enfants agés 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.

Partie réservée au praticien

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

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 89 - 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



ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

تصريح معالجة الأسنان Déclaration dentaire

Type de déclaration

Devis

Exécution

N° d'affiliation

_____ 4

Souscripteur : *Aci Assurances*

N° de police : *461378*

Adresse :

Cachet du souscripteur :



Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : *Fikri Hando*

Adresse :

Renseignements concernant le malade

Nom et Prénom : *Hirri Hando*

Lien de parenté :

Montant des frais engagés : *4.00,00* DHS.....

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

Fait à *Casab*, le *8/9/93* Signature de l'assuré(e)