

## 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 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-820550

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4961 Société :  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
Nom & Prénom : El Thabli Abdelaziz  
Date de naissance : 25/10/1963  
Adresse :  
Tél. : 0668197653 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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

### 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**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	: 202309002306
Société	: ASSURANCES POUR LE COMMERCE ET L'INDUSTRIE (A C I)	Apporteur	: C1814 - ACI
1 PLACE SAINT EXUPERY ANGLE AVENUE HASSAN II		1 Rp. St. Exupery Av. Hassan 2 CASABLANCA	
ET RUE ALLAL EL FASSI CASABLANCA			

N° Assuré	Nom et Prénom de l'Assuré	N° Sinistre	Référence	Type Déclaration	Total Remboursement
000004	FIKRI EP. EL IHABI HOUDA	2023005 00		Déclaration Soins Dentaires	240.00

Nombre Total de Décomptes

1

Montant Global

240.00

**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 À L'ASSURÉ**

Employeur	: ASSURANCES POUR LE COMMERCE ET L'INDUSTRIE (A.C.I.)				Page 1/1	
Assuré	: FIKRI EP ELIHABI HOUDA				Réf (C / M) : 09997053	
N° Affiliation	: 00401372 00 000004				N° Externe	
Personne soignée	: FIKRI EP ELIHABI HOUDA				Date ouverture : 08/09/2023	
N° sinistre	: 2023005 00				Date règlement : 11/09/2023	
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
SOINS DENTAIRE	10 0	10 0	400,00	500,00	80,00	240,00
TOTAL			400,00	500,00		240,00

A-1 RÈGLEMENT EFFECTUÉ CONFORMÉMENT AUX CLAUSES CONTRACTUELLES						Montant A Rembourser
						240,00



[illegible]

Date	Montant	Signature et cachet

- 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.

[illegible]

# Partie réservée à RMA

Date(s) de réception du courrier

1 2 3 4

## Identification

N° du sinistre

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

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



**RMA**

ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

## تصريح معالجة الأسنان Déclaration dentaire

Type de déclaration

☐ Devis

☒ Exécution

N° d'affiliation

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Souscripteur :

Aei Assurance

Cachet du souscripteur :

N° de police :

401372

Adresse :



## Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

Fikri Houda

Adresse :

## Renseignements concernant le malade

Nom et Prénom :

Fikri Houda

Lien de parenté :

Montant des frais engagés :

400,00

DHS

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

Fait à

Casa

le 8/9/23

Signature de l'assuré(e)