

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 951 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : FARIS

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 : BOUKATAGA : NASSIMA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

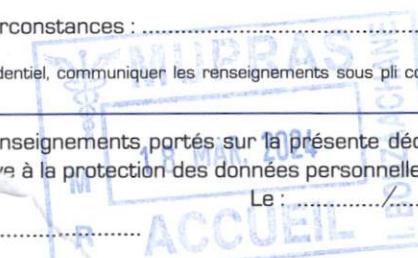
Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 

Partie réservée à RMA

Date(s) de réception du courrier

1 2 3 4

Identification

N° du sinistre

7074002



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 معالجة الأسنان

Déclaration dentaire

Type de déclaration

Devis

Exécution

N° d'affiliation

128674 | 199 | 1105 |

Souscripteur :

Cachet du souscripteur :

N° de police :

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

Adresse :

Renseignements concernant le malade

Nom et Prénom :

MF BOUKAFA YAYA NASSIMA Elle - mère

Dr.HRAIBA MALIKA
Chirurgien Dentiste
68 Rue Mohamed Smaïha - Casablanca
Tél: 05 22 44 47 20

Lien de parenté :

Montant des frais engagés : DHS.....

Par le biais de cette déclaration, RMA - Royale Marocaine d'Assurance collecte vos données personnelles en vue de la gestion et traitement de vos demandes de remboursement.

Ce traitement a fait l'objet d'une demande d'autorisation auprès de la CNDP sous le numéro A-A-133/2013.

Pour exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition conformément aux dispositions de la loi 09-08, vous pouvez vous adresser par courrier au délégué à la protection des données à l'adresse suivante : RMA - Audit Interne et Maîtrise des Risques / DPO - 83 Avenue de l'Armée Royale - 20000 Casablanca - Maroc ou en envoyant un mail à l'adresse suivante : dpo@rmaassurance.com

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

Fait à Casablanca , le 21/09/2016 Signature de l'assuré(e)



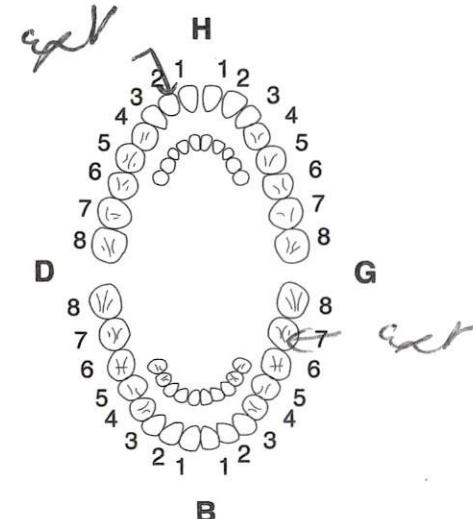
ODF & Prothèses dentaires

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

Exécution

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.



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.

Soins dentaires

Date	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficients	Honoraires	Avis du médecin conseil
12-2-2024	12	ext	270	300,-	

15-2-2024	37	ext	200	200

Dr.HRAIBA MALIKA
Chirurgien Dentiste
Kasa
68,Rue Mohamed Smaïl
Tél: 0522 44 47 20

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 DECOMpte DESTINEE A L'ASSURE**

Employeur	RMA (RET)						Page 1/1
Assuré	BOUKATAYA NASSIMA						
N° Affiliation	00128674 99 000405			Ref (C / V)	06042121		
Personne soignée	BOUKATAYA NASSIMA			N° Externe			
N° sinistre	2024002 00			Date ouverture	22/02/2024		
Nature de la maladie				Date règlement	23/02/2024		
Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement	
SOINS DENTAIRE	20 D	30 D	600.00	600.00	80.00	480.00	
TOTAL			600.00	600.00		480.00	
							MONTANT A REMBOURSER
							480.00

NB : Votre remboursement est versé sur votre carte SIHATCOM

FOR-GMADA VERSION 01 DU 19.07.1998