

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

N° W19-446423

| | | | |
|--|-----------------------------------|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | Société : | |
| Matricule : 4161 | | Autre : HILIA HACIMA | |
| <input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | | Nom & Prénom : HILIA HACIMA | |
| Date de naissance : 17/03/1984 | | Adresse : 17930 ROUDANI 2010 CASA | |
| Tél. : 061994974 | | Total des frais engagés : 04 SEP 2019 Dhs | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : / / | | | |
| Nom et prénom du malade : / / | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Signature de l'adhérent(e) : EO. / 08/10/19

| | |
|---|--|
| VOLET ADHÉRENT | |
| Déclaration de maladie | |
| N° W19-446423 | |
| Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure. | |
| Coupon à conserver par l'adhérent(e). | |
| Matricule : / / | |
| Nom de l'adhérent(e) : / / | |
| Total des frais engagés : / / | |
| Date de dépôt : / / | |

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.rmawatanya.net

تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration

- Maladie Maternité Optique Clinique Traitements spéciaux

N° d'affiliation

Intermédiaire :

Souscripteur :

Cachet du souscripteur :

MAROC - BURFAU

N° de police :

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et Prénom :

KARIM KHAGAO

Adresse :

179 BD ROCOQUEN 1-80116 SA

Renseignements concernant le malade

Nom et Prénom :

KARIM KHAGAO

Lien de parenté :

JHM

Montant des frais engagés : DHS.....

703,70

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

Fait à , le Signature de l'assuré(e)

Signature

Partie réservée au praticien traitant

Nom et Prénom du malade :

Khalid

Date de naissance :

Dr ELLOUAI Hassan
Médecin Chirurgien
150-03 Cheikh Ould Chérif
Tel: 0522 35 95 72 Casablanca
06 01 31 52 81

Nature de la maladie :

En cas d'accident :

(préciser causes et circonstances)

ature des prestations

| Praticien | Date | Acte et coefficient | Ordonnance | Honoraires | Cachet et signature du praticien |
|-----------------|----------|---------------------|------------|------------|---|
| édecin traitant | 27/06/19 | 0 | 1 | 200 | Dr ELLOUAI Hassan Médecin Chirurgien 150-03 Cheikh Ould Chérif Tel: 0522 35 95 72 Casablanca 06 01 31 52 81 |
| xiliaires | | | | | |
| dicaux | | | | | |
| yses et | | | | | |
| graphies | | | | | |

Pharmacie

Factures

Date

Montant

27/06/2019 503.70

Signature & cachet

Dr. Khalid
PHARMACIE BAYT AL FATH
N° 6 Rue. Ben A Lam Quartier Beausite
Ain Sekka Casablanca
Tel: 05 22 34 47 55 Fax: 05 22 66 24 61
E-mail : aliaaf@yahoo.com

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.

Siège social

3, 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'ASSURANCEFEUILLE DE DECOMpte DESTINEE A L'ASSURE

| Employeur | MAROC BUREAU | | | | | | Page 1/1 |
|------------------------|--------------------|----------------|----------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------------|
| Assuré | KAMEL KHALID | | | | | | |
| N° Affiliation | 00130639 00 002525 | | | | | | Réf (C / V) : 02698654 |
| Personne soignée | KAMEL KHALID | | | | | | N° Exteme : |
| N° sinistre | 2019010 00 | | | | | | Date ouverture : 12/07/2019 |
| Nature de la maladie | | | | | | | Date règlement : 16/07/2019 |
| Nature des Prestations | Cotation M.T | Cotation N.A.P | Vous avez payé | Base de Remboursement | Taux de Remboursement | Montant de Remboursement | |
| CONSULT.SPEC. | 0 | 0 | 200.00 | 200.00 | 85.00 | 170.00 | |
| PHARMACIE | 0 | 0 | 503.70 | 503.70 | 85.00 | 428.14 | |
| TOTAL | | | 703.70 | 703.70 | | 598.14 | |
| | | | | | | | Montant A Rembourser |
| | | | | | | | 598.14 |

Siège social

3, 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 | : MAROC BUREAU | | | Page | 1/1 |
| Assuré | : KAMEL KHALID | | | | |
| N° Affiliation | : 00130639 00 002525 | | | Ref (C / V) | : 02698654 |
| Personne soignée | : KAMEL KHALID | | | N° Externe | : |
| N° sinistre | : 2019010 00 | | | Date ouverture | : 12/07/2019 |
| Nature de la maladie | : | | | Date règlement | : 16/07/2019 |
| Nature des Prestations | Cotation M.T | Cotation N.A.P | Vous avez payé | Base de Remboursement | Taux de Remboursement |
| CONSULT.SPEC. | 0 | 0 | 200.00 | 200.00 | 85.00 |
| PHARMACIE | 0 | 0 | 503.70 | 503.70 | 85.00 |
| TOTAL | 703.70 | 703.70 | | | 598.14 |
| | | | | | Montant A Rembourser |
| | | | | | 598.14 |

SPECIALITE DIPLOME EN CHIRURGIE GENERALE
(Chirurgie Digestive, Osseuse et gynécologique)
Ex. Chirurgien à l'hôpital universitaire militaire
Mohammed V - Rabat

احصالي في الجراحة العامة
جراحة الجهاز الهضمي، العظام والنسائية
جراح سابق بالمستشفي العسكري
الجامعي محمد الخامس بالرباط

Casablanca, le 27/6/11P الدار البيضاء، في

9/6 Kamel Klealed

168.20x2 Augmenter ~~5%~~ (5) 336

33,00 152 vij C12-
Octes 20 ~~5%~~ (20%)

34,70 1 gel 1 le soin.

Pecten 8 (5%)

16.80x2 vilt ~~5%~~ es 33,1

503,70

Dr ELLORHAOUI Hassan
Chirurgien
Médecin du Travail
156, Bd. Chefchaouni Casablanca
CASABLANCA
Tél: 0522.35.96.72 - 0522.66.05.58
06.61.31.52.64

PHARMACIE BAYT AL FATH
N° 6 RIS. BWT AL FATH Quartier Boulaq
Tél: 0522.35.97.51 Fax: 0522.66.24.62
Email: bait@ yahoo.com

رقم 156، شارع الشفشاوني - عين السبع - الدار البيضاء - هاتف وفاكس المكتب: 05.22.66.05.58 - 05.22.35.96.72 - 06.61.31.52.64
N° 156, Bd. Chefchaouni - Ain Sebaâ - Casablanca - Tel /Fax Bureau: 05.22.35.96.72 - 05.22.66.05.58 - En cas d'urgences: 06.61.31.52.64

de deux mois.
→ Toute réclamation doit être formulée au plus tard dans un délai

- Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la loi n°17-99 portant code des assurances.
- Être remis à l'assureur trois mois au plus tard après la cessation des soins.
- Délai de remise des pièces : toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises à l'assureur

acquittée sur laquelle devra être précisée l'ensemble des prestations.

être détaillée et dûment



