

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Declaration de Maladie

N° W19-473480

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.

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 951 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FARIS MUSTAPHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663819759 Total des frais engagés :

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 :

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

(s) de réception du courrier

1

2

3

4

N° du sinistre

CP

I.C.

D.D

D

C.C

SA au capital de 1.796.170.800 DH - Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances
www.rmaassurance.com




ORMA

ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

Type de déclaration

☐ Devis

 Exécution

N° d'affiliation

Souscripteur :...

Cachet du souscripteur :

N° de police :

Adresse :.

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

Adresse

Renseignements concernant le malade

Nom et Prénom

Dr. ZAINEB ZILOUD
CHIRURGIEN DENTISTE
CLINIQUE DENTAIRE GHAND
265, Bd Ghandi, Casablanca
Tél: 0522 98 33 33
Urgence: 0668 33 98 33

Montant des frais engagés :

DHS

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

Fait à

le

.. Signature de l'assuré(e)

~~Nasa~~

ODF & Prothèses dentaires

[illegible]

Pharmacie

Date	Montant	Signature et cachet
	64,50	<p>GRANDE PHARMACIE DU MAROC</p> <p>Mme DELSACZ LÉONIS Nain'a</p> <p>Place Randonoug Casablanca</p> <p>16.105 22 21 22</p>

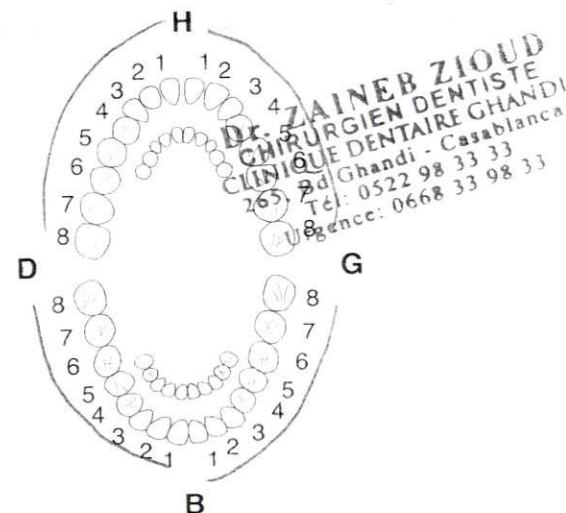
Recommandations importantes

- 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.

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

Date	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficients	Honoraires	Avis du médecin conseil
26/07/19		Détartrage		800,00	
		Polissage		24	
		(2 séances)			

Dr. ZAINEB ZILOUD
CHIRURGEN-DENTISTE
CLINIQUE DENTAIRE CHANDI
265, 88 Ghannouchi Casablanca
Tél: 0322 98 33 33
Urgence: 0664 23 98 33



SOKAPHARM

Dr. ZINEB ZIoud
CHIRURGIEN DENTISTE
CLINIQUE DENTAIRE CHANDI
265, Bd Oued-El-Casablanca
Urgence 0522 98 33 33

Le 24-07-19
Nom: BOUKATIA
NASSIMA

GENCIVES ENFLAMMÉES ET SAIGNANTES



☒ **KIN Gingival Bain de Bouche** 250 ml - 500 ml
15 ml, sans dilution 2 à 3 fois / jour pendant 60 secondes, Ne pas rincer après son utilisation

☐ **KIN Gingival Pâte Dentifrice** - 75 ml
Se brosser les dents deux à trois fois par jour pendant 2 à 3 semaine

PROBLÈMES PARODONTAUX LOCALISÉS



☐ **PERIOKIN Gel** - 30 ml
Appliquer le gel 2 à 3 fois/ jour sur la zone affectée. Ne pas rincer après son application

☐ **PERIOKIN Spray** - 40 ml
2 Pulvérisations 3 à 4 fois/ jour

TRAITEMENT DES DENTS SENSIBLES



☐ **SENSIKIN Bain de Bouche** - 250 ml
15 ml sans dilution 2 fois/ jour pendant 60 secondes. Ne pas rincer après son utilisation

☐ **SENSIKIN Pâte Dentifrice** - 75 ml
Se brosser les dents 3 fois/ jour pendant 2 à 3 minutes, pâte dentifrice à usage quotidien

☐ **SENSIKIN Gel** - 15 ml
Appliquer le gel 2 à 3 fois/ jour sur la zone sensible, ne pas rincer après son application

DENTS BLANCHES



☐ **KIN BLANCHEUR - Pâte Dentifrice** - 75 ml
Se brosser les dents 3 fois/ jour pendant 2 à 3 minutes, pâte dentifrice à usage quotidien

ANTI-PLAQUE ET RENFORCEMENT DES GENCIVES



☐ **KIN ALOE VERA Bain de Bouche** - 500 ml
15 ml sans dilution 2 fois / jour Pendant 60 secondes, Ne pas rincer après son utilisation

☐ **KIN ALOE VERA Pâte Dentifrice** - 125 ml
Se Brosser les dents 3 fois/ jour pendant 2 à 3 minutes, pâte dentifrice à usage quotidien

KIN BROSSÉ À DENTS



☐ MEDIUM ☐ SOUPLE ☐ POST-CHIRURGICALE ☐ ORTHODONTIQUE

KIN BROSSETTES INTERDENTAIRES



☐ **MICROPROX**
0,9 mm espace
interdentaire



☐ **MINIPROX**
1,1 mm espace
interdentaire



☐ **CONIQUE**
1,3 mm espace
interdentaire

ACTION ANTI-INFLAMMATOIRE ET CICATRISANTE



☐ **HYALUGEL** - 20 ml
3 à 5 fois / jour, éviter de manger et de boire au moins 30 minutes après son application

SOKAPHARM 6, Rue des Écoles Quartier Berger 20380 CASABLANCA
Email : sokapharm.ma@gmail.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

FEUILLE DE DECOMPTE DESTINEE A L'ASSURE

Employeur : RMA (RET)		Page 1/1				
Assuré : BOUKATAYA NASSIMA						
N° Affiliation : 00128674 99 000405		Réf (C / V) : 09548716				
Personne soignée : BOUKATAYA NASSIMA		N° Externe :				
N° sinistre : 2019004 00		Date ouverture : 11/09/2019				
Nature de la maladie :		Date règlement : 13/09/2019				
Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
PHARMACIE	1 0 D	0 D	64.50	0.00	80.00	0.00
SOINS DENTAIRE	2 24 D	24 D	800.00	720.00	80.00	576.00
TOTAL			864.50	720.00		576.00
1-1: PRODUITS NON REMBOURSABLES						Montant A Rembourser 576.00
2-1: REGLEMENT EFFECTUE CONFORMEMENT AUX CLAUSES CONTRACTUELLES						

NB : Votre remboursement est versé sur votre carte SIHATCOM

FOR-9M004 VERSION 01 DU 15/07/1998