

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A				
Cadre réservé à l'adhérent (e)							
Matricule : 951							
Société :							
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :					
Nom & Prénom : FARIS MUSTAPHA							
Date de naissance :							
Adresse :							
Tél. : 0663819759							
Total des frais engagés :							
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td colspan="2">MUPRAS</td> </tr> <tr> <td>15 OCT. 2019</td> <td>ACCUEIL</td> </tr> </table>				MUPRAS		15 OCT. 2019	ACCUEIL
MUPRAS							
15 OCT. 2019	ACCUEIL						
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"/> Enfan				
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'adjudicataire.							

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

réservee à RMA

(s) de réception du courrier

1

2

3

4

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



ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

تصريح معالجة الأسنان Déclaration dentaire

Type de déclaration

Devis

Exécution

N° d'affiliation

.....

Cachet du souscripteur :

Souscripteur :

N° de police :

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : Nassima Bentahaya

Adresse : 133, rue Ahmed Smilhi Casablanca

~~Dr. ZAINEB ZIoud
CHIRURGIEN DENTISTE
CLINIQUE DENTAIRE GHANDI
265, Bd Ghandi Casablanca
Tél : 0522 98 33 33
Urgence : 0668 33 98 33~~

Renseignements concernant le malade

Nom et Prénom : Lia Rémi

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)

Nassima

ODF & Prothèses dentaires

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

Exécution

Pharmacie

Date	Montant	Signature et cachet
	64,50	GRANDE PHARMACIE DU MAROC Mme DEBBACHE ZENNAR Naima Place Baudouin - Casablanca Tél. : 05 22 32 22 00

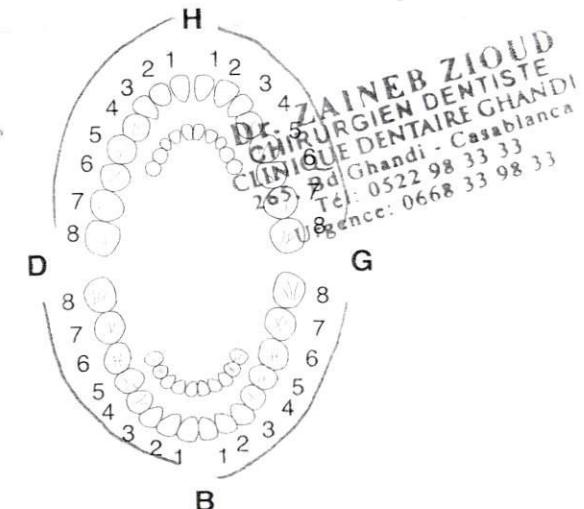
Recommandations importantes

- 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 coûteux d'après la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

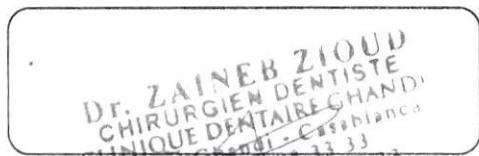


Soins dentaires

Date	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficients	Honoraires	Avis du médecin conseil
26 07 19		Décarénage		8.00,-	
		Polissage			



SOKAPHARM



.....Le 24-07-19

Nom.....BAUKATA YAHIA

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 BROSSE À DENTS



- MEDIUM

- SOUPLE

- POST-CHIRURGICALE

- ORTHODONTIQUE

KIN BROSSES 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) : 09546716			
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	
I-1: PRODUITS NON REMBOURSABLES							
Z-1: REGLEMENT EFFECTUE CONFORMEMENT AUX CLAUSES CONTRACTUELLES							Montant A Rembourser
							576.00

NB : Votre remboursement est versé sur votre carte SIHATCOM

FOR-0M-004 VERSION 01 DU 15/07/1998