

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° P19- 0041863

Complément dentaire

Maladie

Dentaire

ND:

13905

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 603 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUAFI RABEEN EL HOUSSAIN

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 61 99 60 24

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

Age :

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 : Casab

Le : 25/12/19

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

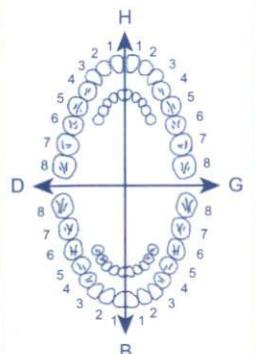
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Partie réservée à RMA

Site(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



RMA

ROYALE
MAROCAINE
D'ASSURANCE

تصريح معالجة الأسنان

Déclaration dentaire

Type de déclaration

Devis

Exécution

N° d'affiliation

1000130851010029

Souscripteur :

R.C.M.A

Cachet du souscripteur :

Bureau Central Marocain
154, Bd. d'Anfa
Casablanca

N° de police

Bureau Central Marocain

Adresse :

154, Bd. d'Anfa
Casablanca

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

Mosfih Mahjoub

Adresse :

02 SEP 2019

DIVISION DENTAIRE
FEUILLE D'ENTREE

Renseignements concernant le malade

Nom et Prénom :

Mosfih Mahjoub

Docteur Doha LARARCHI
Chirurgien Dentiste
86, La Coline - Mohammedia
Tel: 05 23 32 66 20

Montant des frais engagés : DHS.

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

Fait à Casablanca, le 04/11/19 Signature de l'assuré(e)

Mosfih

DF & Prothèses dentaires

	Date	Coefficient des travaux	Honoraires	Cachet du praticien	Avis du médecin conseil
Proposition					
Exécution		22.11.19 Forage 060. 54000 DT 44447416		<i>Dacteur Doha TARARCHI Cité Urgier Dentiste 86, La Colline - Mohammédia Tél: 05 23 32 66 20</i>	

harmacie

Date	Montant	Signature et cachet

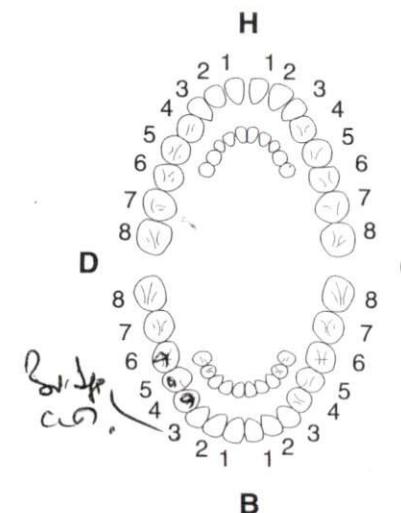
Recommandations importantes

- 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.

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 Edition : 02/09/2019

GHELLAB ASSURANCES

Date Décision : 02/09/2019

169 Bd de la Résistance CASABLANCA <<CASABLANCA>>

DPT. PRESTATIONS MALADIE

Objet	ACCORD POUR PROTHESES DENTAIRES	Apporteur	C1801 - GHELLAB ASSURANCES
Produit	CONTRAT NORMAL		
Police	00130851 01 BUREAU CENTRAL MAROCAIN D'ASSURANCES (BCMA)		
Assure	000029 MOSLIH MAHJOUBA	Personne Malade	MOSLIH MAHJOUBA
Sinistre	2019001 00	V/Réf	: 558

Monsieur ,

NOUS ACCUSONS RECEPTION DE LA DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE VISANT LA PRISE EN CHARGE DE LA PROTHESE DENTAIRE QUE DOIT EFFECTUER L'ASSURE(E) EN MARGE

NOUS VOUS PRIONS DE NOTER NOTRE ACCORD QUANT AU REMBOURSEMENT DE CETTE PROTHESE ET CE , SUR LA BASE DE :

PD : 4 860,00 Dh

<<- Bridge céramo métalliques (CCM) sur les dents 44-45 et 46>>

NOTRE REGLEMENT EST ASSUJETTI A LA PRESENTATION D'UNE FEUILLE DE SOINS ATTESTANT L'EXECUTION ET LE PAIEMENT DE CETTE PROTHESE CI-JOINT L'IMPRIME EDITE A CET EFFET .

NOUS VOUS EN SOUHAITONS BONNE RECEPTION.

VEUILLEZ AGREER , MONSIEUR , L'EXPRESSION DE NOS SINCERES SENTIMENTS .

POUR LA COMPAGNIE :



NB : ACCORD VALABLE PENDANT TROIS MOIS

PS : CE DOSSIER DENTAIRE NE POURRA FAIRE L'OBJET D'UN REGLEMENT QU'APRES RECEPTION DES CLICHES DE RADIO APRES REALISATION DE LA PROTHESE DENTAIRE

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

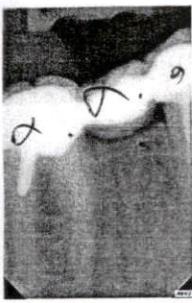
PATENTE : 35101950 - I.F. 01084830 - ICE : 001530601000041

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	BUREAU CENTRAL MAROCAIN D'ASSURANCES (BCMA)					Page 1/1
Assuré	MOSLIH MAHJOUBA			Ref (C / V)	: 09567160	
N° Affiliation	00130851 01 000029			N° Externe	:	
Personne soignée	MOSLIH MAHJOUBA			Date ouverture	: 14/06/2019	
N° sinistre	2019001 00			Date règlement	: 13/11/2019	
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
PROTHESE DENTAIRE	540 D	540 D	5400.00	5400.00	90.00	4860.00
TOTAL			5400.00	5400.00		4860.00
					Montant à Rembourser	
						4860.00



Docteur Doha LARARCHI

Chirurgien Dentiste

86, La Colice - Mohammedia

Tél: 05 23 32 66 20