

# 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.

M24- 0005171

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

## Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **951** Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

**203869**

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 : **BOUKATYA NASSIM** Age :

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 :

**20 AVR. 2021**

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) :



**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					Ref (C / V) : 08052969	
N° Affiliation	: 00128674 99 000405					N° Externe :	
Personne soignée	: BOUKATAYA NASSIMA					Date ouverture : 17/04/2024	
N° sinistre	: 2024003 00					Date règlement : 18/04/2024	
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	
CONSULTATION	0	D	150.00	150.00	80.00	120.00	
PHARMACIE	0	D	141.60	141.60	80.00	113.26	
<b>TOTAL</b>			<b>291.60</b>	<b>291.60</b>		<b>233.26</b>	
					Montant A Rembourser	233.26	

NB : Votre remboursement est versé sur votre carte SIHATCOM

FOR-GM004 VERSION 01 DU 15/07/1998

**Partie réservée au praticien traitant**

Nom et Prénom du malade : BOUKATAYA NASSIMA

Date de naissance :

Nature de la maladie : Gastrite

En cas d'accident : .....

(préciser causes et circonstances) .....

**Nature des prestations**

Médecin traitant	Praticien	Date	Acte et coefficient	Ordonnance	Honoraires	Cachet et signature du praticien
		02/04/24	150DH			<i>Y. AOUAB BELLOUAS Fatima MEDECINE GENERALE ECHOGRAPHIE Derb El Houria, Rue 11, N° 26 Tunis - Casablanca</i>
Auxiliaires médicaux						
Analyses et radiographies						

**Pharmacie**

**Factures**

Date	Montant
02/04/24	141,60

**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.

**Signature & cachet**

*PHARMACIE MATHABA  
André ACHOUR  
61, Av. des FAR - Casablanca  
TEL 0522 31 16 40 - 0522 31 43 69*

# Partie réservée à RMA

## Date(s) de réception du courrier

1	2	3	4
---	---	---	---

## Identification

N° du sinistre

.....

.....

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](http://www.rmaassurance.com)



**RMA**

ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

تصريح بالمرض

## Déclaration de maladie

### Type de déclaration

- Maladie     Maternité     Optique     Clinique     Traitements spéciaux

N° d'affiliation ..... Intermédiaire : .....

Souscripteur : ..... Cachet du souscripteur : .....

N° de police : .....

Adresse : .....

### Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

*BOKKATAYA NASSIMA*

Adresse :

.....

### Renseignements concernant le malade

Nom et prénom :

*M. M*

Lien de parenté : .....

Montant des frais engagés :

*291,60*

DHS

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

Fait à ..... *casab*, le *02/09/94* Signature de l'assuré(e)

*Nassima*