

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

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

ue :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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

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

Nº P19-0048338

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

22684

Matricule : 4161

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HILAL HAKIMA

Date de naissance :

14/03/

Adresse :

149 Bd BRAHIM BOUDJANI IMIL
Ap. 20 Haïf CHAFA

Tél. : 0661178650 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : KAHEL KHALID 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 déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/02/2020

تصريح بالمرض
Déclaration de maladie

Type de déclaration

Maladie Maternité Optique Clinique Traitements spéciaux

N° d'affiliation _____ Intermédiaire :

Souscripteur : **MAROC - BLEU** Cachet du souscripteur :

N° de police :

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

Adresse :

KAMEL REHAUD
179 BD ROUADJI CASA

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom :

Lien de parenté : **FR**

KAMEL REHAUD

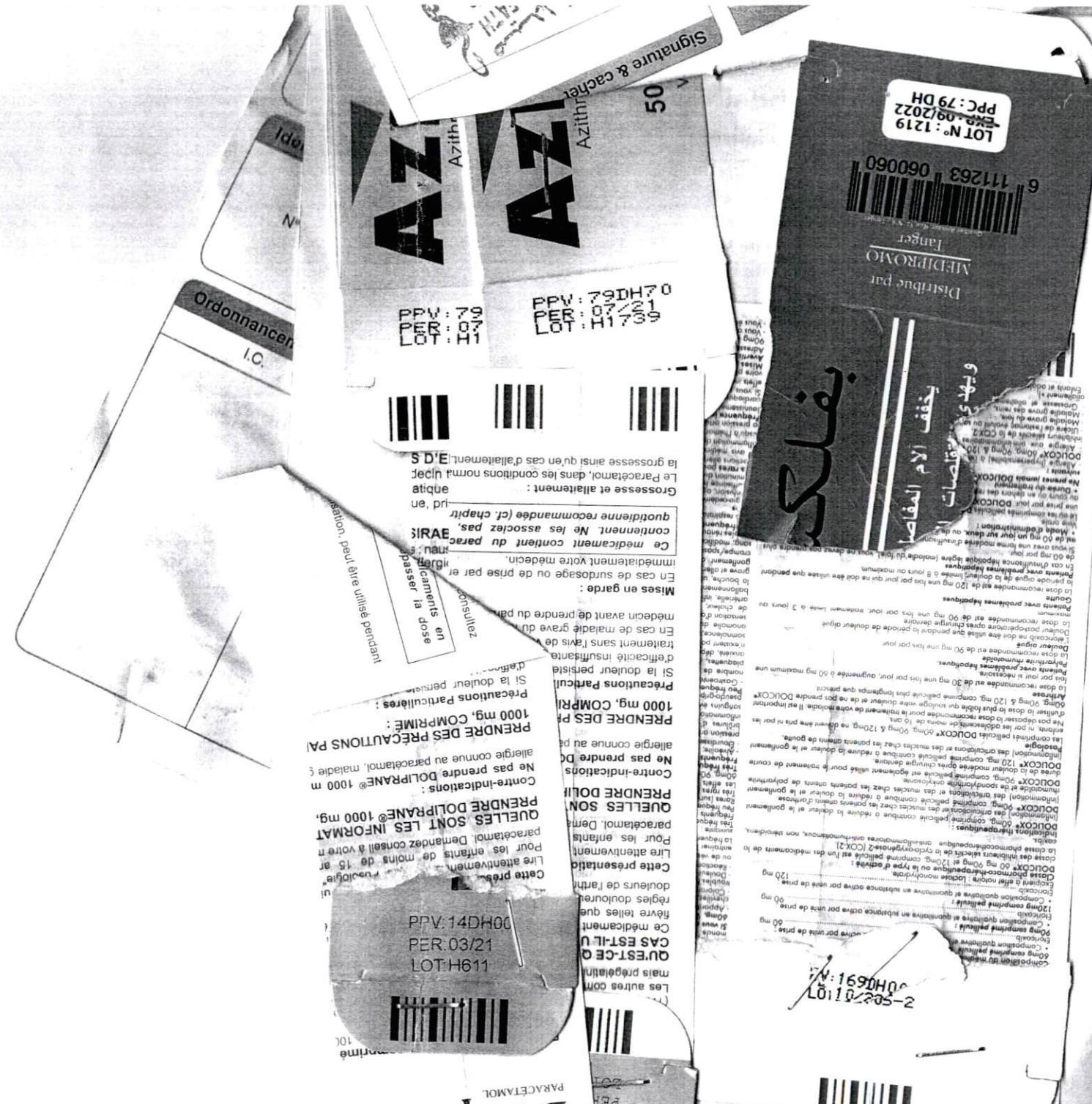
DHS : **1035 DH**

Montant des frais engagés :

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

Fait à

, le **10/11/2010** Signature de l'assuré(e)



Phar

Factu

Date

06



الدكتور عبد الحق مودن
Docteur Abdelhak Mouden

specialiste en :

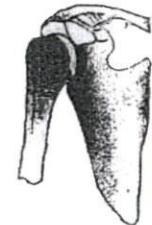
Médecine Physique - Ostéopathie.

Podologie - Mésothérapie.

Traumatologie du Sport

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de la Société Française d'Ostéopathie



شارع بوركون - إقامة فنيسيا - الدار البيضاء 119

119, Avenue de Bourgogne - Résidence Phénicia - Rez de Chaussée Casablanca

Tél.: 05 22 27 85 61 / 05 22 29 76 97 - Fax : 05 22 20 94 44

E-mail : osteopathecasablanca@gmail.com / Site web : www.osteopathe-casablanca.com

Patente : 40507422 - ICE : 001954000053 - INP 091113860

Casablanca, le : 06/01/2008

KHALID KAMAL

Consultation spécialisée 300-

Khalid Kamal 300-

Total 600-

Dr. Abdelhak MOUDEN
Ostéopathe - Podologue
119 Avenue de Bourgogne Casablanca
Tél. 05 22 27 85 61 - Fax 05 22 29 76 97
E-mail : osteopathecasablanca@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	: MAROC BUREAU						Page 1/1
Assuré	: KAMEL KHALID						
N° Affiliation	: 00130839 00 002525			Réf (C / V) : 02746935			
Personne soignée	: KAMEL KHALID			N° Externe :			
N° sinistre	: 2020001 00			Date ouverture : 21/01/2020			
Nature de la maladie	:			Date règlement : 23/01/2020			
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	300.00	300.00	85.00	255.00	
TRAIT. SPEC.	0	0	300.00	300.00	85.00	255.00	
PHARMACIE	1	0	435.00	356.00	85.00	302.60	
TOTAL			1035.00	956.00		812.60	
1-1: PRODUIT..... : NON REMBOURSABLE (BIFLEX)							Montant à Rembourser
							812.60

FOR-GM-004 VERSION D1 DU 15/07/1998

KAMEL KHALID

X

24-02-2020

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	: MAROC BUREAU						
Assuré	: KAMEL KHALID						
N° Affiliation	: 00130839 00 002525						
Personne soignée	: KAMEL KHALID						
N° sinistre	: 2020001 00						
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
CONSULT. SPEC.		0	0	300.00	300.00	85.00	255.00
TRAIT. SPEC.		0	0	300.00	300.00	85.00	255.00
PHARMACIE		1	0	435.00	356.00	85.00	302.60
TOTAL				1035.00	956.00		812.60
4-1: PRODUIT..... : NON REMBOURSABLE (BIFLEX)							Montant A Rembourser
							812.60

FOR-GM004 VERSION 01 DU 15/07/1998

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**

Page 1/1

Employeur	: MAROC BUREAU			Réf (C / V)	: 02746935	
Assuré	: KAMEL KHALID			N° Externe	:	
N° Affiliation	: 00130839 00 002525			Date ouverture	: 21/01/2020	
Personne soignée	: KAMEL KHALID			Date règlement	: 23/01/2020	
N° sinistre	: 2020001 00					
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
CONSULT.SPEC.	0	0	300.00	300.00	85.00	255.00
TRAIT. SPEC.	0	0	300.00	300.00	85.00	255.00
PHARMACIE	10	0	435.00	356.00	85.00	302.60
TOTAL			1035.00	956.00		812.60
1-1: PRODUIT..... : NON REMBOURSABLE (BIFLEX)						Montant A Rembourser
						812.60