

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.

ND: 33371

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9909

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ROCHDI NABDILAH

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 :

COMPLAINTE DE RETOUR DE RAM

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 :

Le : 1/1/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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



تصريح بالمرض

Déclaration de maladie

Type de déclaration

- Maladie Maternité Optique Clinique Traitements spéciaux

N° d'affiliation 13801021092138 Intermédiaire :

Souscripteur :

Cachet du souscripteur :

N° de police :

Adresse :

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

Adresse :

Renseignements concernant le malade

Nom et prénom : Joe SABRI NAJDA Lien de parenté :

Montant des frais engagés : 1800,00 DHS :

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

Fait à ...RMA..., le 16/11/20 Signature de l'assuré(e)

مركز الفرج للترويض الطبي و العلاج الفيزيائي

Centre AL FARAJ de kinésithérapie et de physiothérapie

ZAGHAR Hasnaa
Kinésithérapeute – Physiothérapeute

Casablanca, le : 17/01/2020

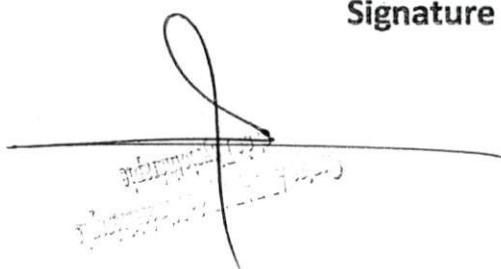
FACTURE 2020

Madame / Monsieur SABAT Nadia
à effectué 12 Séances de rééducation fonctionnelle, durant la période
Du 23/12/2019 Au 17/01/2020 pour S.A. 50 unité
..... Bilateral sur indication du docteur EL HASSAR
..... Benyazhug et ceci à raison de 150.00 Dirhams la séance.

TOTAL : 12 x 150.00 = 1800.00 DHS

→ Mille Huit cent DHS

Signature



39, Rue de Lille, 1^{er} étage ,N°3 Casablanca – Tél : 0522 45 07 65

RC. 430266 – IF. 24959923 – TP. 32500041 – ICE. 002016600000034 – CNSS. 5993961

Siège social

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc
Tél: 022 31 21 63 - 022 31 01 69 - Fax : 022 31 38 84 - 022 31 31 37
S.A. au capital de 1.774.400.800 DH - entreprise regie par la loi n° 17-99 portant code des assurances
www.rmaassurance.com



Date Edition : 23/12/2019

ECOASSUR SARL

Date Décision : 23/12/2019

9. RUE STOKHOLM - QUARTIER DES HÔPITAUX
<<CASABLANCA>>

DPT. PRESTATIONS MALADIE

Objet : DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Apporteur : A6565 - ECOASSUR SARL

Police : 00132529 00 STATEMA

CONTRAT NORMAL

Assure : 000038 SABRI NADIA

Personne Malade : SABRI NADIA

Sinistre : 2019004 00

V/Réf :

Madame ,

NOUS ACCUSONS RECEPTION DE LA DEMANDE D'ENTENTE PREALABLE PRESENTEE
PAR NOTRE ASSURE CITE CI DESSUS.

NOUS VOUS PRIONS DE NOTER NOTRE ACCORD DE PRINCIPE QUANT AU
REMBOURSEMENT DES FRAIS CONSECUTIFS :

- Kinésithérapie : Rééducation fonctionnelle (12 unité(s))

CONCERNANT LE MALADE EN MARGE.

ET CE , DANS LES CONDITIONS ET LIMITES PREVUES AU CONTRAT ET CONFORMEMENT
AUX DISPOSITIONS DE LA NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS.

NOTRE REMBOURSEMENT EST ASSUJETTI A LA PRESENTATION DES FACTURES
ACQUITEES ET CORRECTEMENT LIBELLEES AINSI QUE DE TOUTES PIECES JUSTIFICATIVES
DELIVREES PAR :

KINESITHERAPEUTE

DOCUMENTS QUE VOUS VOUDREZ BIEN ANNEXER IMPERATIVEMENT A L'IMPRIME
CI-JOINT LORS DE VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT.

N.B :

NOTRE ACCORD EST VALABLE 6 MOIS A COMPTER DE LA PRESENTE.
PASSE CE DELAI, CE DOSSIER SERA CLASSE SANS SUITE.

ACCORD DE PRINCIPE POUR : *** 12 SEANCES DE REEDUCATION *** . NB : SUR LA BASE
DE 120 DH PAR SEANCE .

VEUILLEZ AGREER , MESSIEURS , L'EXPRESSION DE NOS SENTIMENTS LES MEILLEURS .

POUR LA COMPAGNIE :

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 : 1.796.170.800 de DH - R.C. 15.207 - C.N.S.S. 111.6666
 PATENTE : 36104950 - I.F. 01084830 - ICE : 001530601000041
 Entreprise régie par la loi n° 17-99 portant code des assurances
www.rmaassurance.com

**BORDEREAU RECAPITULATIF DES REGLEMENTS**

Date Edition	11/02/2020	Page	1 / 1
Ref (C / V)	02751794		
Date Décision	11/02/2020		
Contrat	00132529 00		
Société	STATEMA <i>Angle Rue de Provins et Bapaume, CASABLANCA</i>	Apporteur	A6565 - ECOASSUR SARL <i>9, RUE STOKHOLM - QUARTIER DES HÔPITAUX</i>
N° Assuré	Nom et Prénom de l'Assuré	N° Sinistre	Référence
000036	SABRI NADIA	2019004 00	Type Déclaration
			Total Remboursement
			1152.00

Nombre Total de Décomptes

1

Montant Global

1152.00