

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 canaux, 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 canaux.

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W19-587265

47526

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4961 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : El Idrissi Abdelaziz

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0668197653 Total des frais engagés : Dhs

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 : Complément

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 : /

Signature de l'adhérent(e) :

Date(s) de réception du courrier

1

2

3

4

www.rmaassurance.com



RMA | ROYAL
MARINE
D'ARTILLERIE

Déclaration dentaire

 Devis

☐ Exécution

N° d'affiliation

Souscripteur :

Cachet du souscripteur :

N° de police :

Adresse : ...

Identification

N° du sinistre

Ordonnancement

I.C.

D.D

D

C.C

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom :

Adresse :

Renseignements concernant le malade

Nom et Prénom :

Lien de parenté :

Montant des frais engagés :

...DHS

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

Fait à

Signature de l'assuré(e)

Prothèses dentaires

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

macie

	Montant	Signature et cachet
--	----------------	----------------------------

Commandations importantes

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 et soumise à l'accord préalable de l'assureur.

Orthopédie dento-faciale (ODF) est prise en charge pour les enfants âgés de moins de 12 ans.

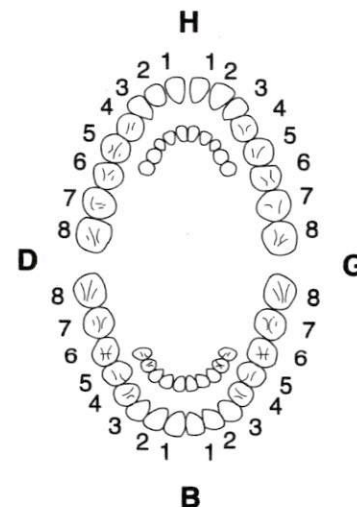
3. Délai de remise des pièces : toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises à l'assureur trois mois au plus tard après la cessation des soins.

Une 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

[illegible]

F A C T U R E

N° de l'admission : 20003723 N° Facture 20003787 Date facturation : 25/08/2020
Nom et prénom du patient : **HOUDA FIKRI**
Convention : **PAYANT**
Traitement : **Examen radiologie** Entrée: 25/08/2020 Sortie: 25/08/2020

PRESTATIONS	nombre	prix unitaire	montant
PANORAMIQUE DENTAIRE	1.00	200.00	200.00
		sous-total	200.00

arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux cents dirhams

total : 200.00

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire :

LA WILAYA
CENTRE DE RADIOLOGIE
2, Rue d'Agadir, Angle Bd. Hassan II - Casablanca
Tel: 0522 49 73 73 - Casablanca

Dr. Rachida El JAZOULI

Chirurgien Dentiste

Soins - Prothèse - Chirurgie - Orthodontie - Implantologie

Tél / Fax : 05 22 52 47 98

الدكتورة رشيدة الجزولي

طبيبة جراحية للأسنان

علاج - تعويض - جراحة - تقويم و زرع الأسنان

الهاتف / الفاكس : 05 22 52 47 98

Casablanca le : 12/8/20

ORDONNANCE

M^{me} Fikri Houti

M. Dr. Lamsar

Dr. RACHIDA EL JAZOULI
Bd Al Qods Rue 30 Imm. 3 Appt. 2
Mandarona - Casablanca
Tél / Fax : 05 22 52 47 98

شارع القدس زنقة 30 عمارة 3 شقة 2 منضرا - الدار البيضاء
Bd Al Qods Rue 30 Imm. 3 Appt. 2 Mandarona - Casablanca
IF : 51013807 - ICE : 001644439000054 - PATENTE : 34022549

Dr. M. ALAOUI BOUHAMID

Médecin radiologue imagerie générale et ostéo-articulaire
Diplômée en imagerie ostéo-articulaire de la Faculté de Médecine de Lyon
Membre de la société Française de Radiologie

CASABLANCA, le 25 Août 2020

NOM DU PATIENT : FIKRI HOUDA

EXAMEN REALISE : PANORAMIQUE DENTAIRE

Résultat :

- Dentition de type adulte.
- Multiples secteurs édentés.
- Chicots dentaires multiples.
- Absence d'anomalie focale suspecte de la trame osseuse.
- Absence d'image en faveur de kyste radiculaire.
- Fonds des sinus maxillaires libres.
- ATM en place.

En vous remerciant de votre confiance

DR M.ALAOUI BOUHAMID

Dr. M. ALAOUI BOUHAMID
Médecin Radiologue

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

BORDEREAU RECAPITULATIF DES REGLEMENTS

Date Edition	: 17/09/2020	Page:	1 / 1
Ref (C / V)	: 09540864		
Date Décision	: 17/09/2020		
Contrat	: 00401372 00	N° Lot	: 202009000036
Société	: ASSURANCES POUR LE COMMERCE ET L'INDUSTRIE (A C I)	Apporteur	: C1814 - ACI
1 PLACE SAINT EXUPERY ANGLE AVENUE HASSAN II 1 Rq. St Exupery Av. Hassan 2 CASABLANCA ET RUE ALLAL EL FASSI CASABLANCA			

N° Assuré	Nom et Prénom de l'Assuré	N° Sinistre	Référence	Type Déclaration	Total Remboursement
000004	FIKRI EP. EL IHABI ROUDA	2020006 00		Déclaration Soins Dentaires	160.00

Nombre Total de Décomptes Montant Global

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 DECOMPTÉ DESTINÉE A L'ASSURÉ

Employeur 861	: ASSURANCES POUR LE COMMERCE ET L'INDUSTRIE (A C I)					Page 1/1
Assuré	: FIKRI EP.EL IHABI HOUDA					
N° Affiliation	: 00401372 00 000004	Réf (C / V)	: 09640864			
Personne soignée	: FIKRI EP.EL IHABI HOUDA	N° Externe	:			
N° sinistre	: 2020005 00	Date ouverture	: 07/09/2020			
Nature de la maladie	:	Date règlement	: 17/09/2020			

Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
RADIOGRAPHIE	16 D	16 D	200.00	200.00	80.00	160.00
TOTAL			200.00	200.00		160.00
						Montant A Rembourser
						160.00

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

BORDEREAU RECAPITULATIF DES REGLEMENTS

Date Edition	: 17/09/2020	Page:	1 / 1
Ref (C / V)	: 09640864		
Date Décision	: 17/09/2020		
Contrat	: 00401372 00	N° Lot	: 202009007038
Société	: ASSURANCES POUR LE COMMERCE ET L'INDUSTRIE (A C I)	Apporteur	: C1814 - ACI
1 PLACE SAINT EXUPERY ANGLE AVENUE HASSAN II		1 Rp. St. Exupery Av. Hassan 2 CASABLANCA	
ET RUE ALLAL EL FASSI CASABLANCA			

N° Assuré	Nom et Prénom de l'Assuré	N° Sinistre	Référence	Type Déclaration	Total Remboursement
000004	FIKRI EP.EL IHABI HOUDA	2020006 00		Déclaration Soins Dentaires	160.00

Nombre Total de Décomptes

1

Montant Global

160.00

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 DECOMPTÉ DESTINÉE A L'ASSURÉ

Employeur	: ASSURANCES POUR LE COMMERCE ET L'INDUSTRIE (A.C.I.)					Page 1/1
Assuré	: FIKRI EP.EL IHABI HOUDA					
N° Affiliation	: 00401372 00 000004	Réf (C / V)	: 09640864			
Personne soignée	: FIKRI EP.EL IHABI HOUDA	N° Externe	:			
N° sinistre	: 2020006 00	Date ouverture	: 07/09/2020			
Nature de la maladie	:	Date règlement	: 17/09/2020			

Nature des Prestations	Cotation M.T	Cotation N.A.P	Vous avez payé	Base de Remboursement	Taux de Remboursement	Montant de Remboursement
RADIOGRAPHIE	16 D	16 D	200.00	200.00	80.00	160.00
TOTAL			200.00	200.00		160.00
						Montant A Rembourser
						160.00