

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W19-587265

47526

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4961

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El Ithabri 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 : / /

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : / /

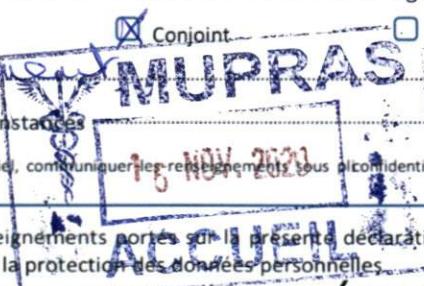
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

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)



تصريح معالجة الأسنان  
Déclaration dentaire

Type de déclaration

Devis

Exécution

N° d'affiliation

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Cachet du souscripteur :



Souscripteur :

N° de police :

Adresse :

Identification

N° du sinistre

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

CP

Ordonnancement

I.C.

D.D

D

C.C

Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom et prénom : *Fikri Handi*

Adresse :

Renseignements concernant le malade

Nom et Prénom : *Fikri Handi*

Lien de parenté : *Marié*

Montant des frais engagés : ..... DHS.

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

Fait à ..... *Conseil* , le ..... *31/8/2016* Signature de l'assuré(e)

## Prothèses dentaires

macie

	<b>Montant</b>	<b>Signature et cachet</b>

### **commandations 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 âgés de moins de 12 ans.

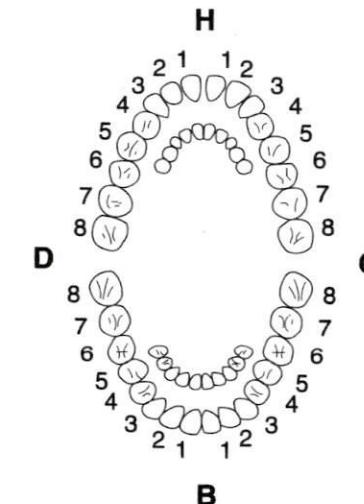
éelai de remise des pièces : toutes les pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises à l'assureur trois mois au plus tard après la cessation des soins.

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

## 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	<b>200.00</b>

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Deux cents dirhams**

**total : 200.00**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire :



Dr. Rachida El JAZOULI

Chirurgien Dentiste

Soins - Prothèse - Chirurgie - Orthodontie - Implantologie

Tél / Fax : 05 22 52 47 98

الدكتورة رشيدة الجزولي

طبية جراحية للأسنان

علاج - تعويض - جراحة - تقويم و زرع الأسنان

الهاتف / الفاكس : 05 22 52 47 98

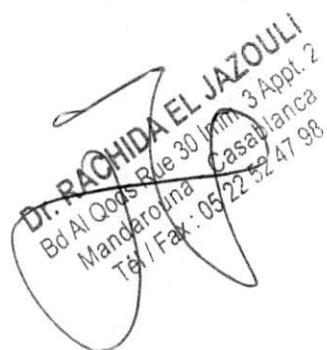
Casablanca le

12/8/20

## ORDONNANCE

M. El Fikri Houcine

M. M. Fawaz



شارع القدس زنقة 30 عمارة 3 شقة 2 منضرونا - 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/S/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

1

Montant Global

160.00

11/2020

**Siège social**

83, avenue de l'Armée Royale - Casablanca - Maroc  
 Tél. : 05 22 31 21 63 - 05 22 31 04 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](http://www.rmaassurance.com)



**RMA**

ROYALE  
MAROCAINE  
D'ASSURANCE

FEUILLE DE DECOMPTE DESTINÉE A L'ASSURE

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

FOR-GNADA VERSION 01 DU 15.07.1996

**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	202009000038
Société	ASSURANCES POUR LE COMMERCE ET L'INDUSTRIE (A C I)	Apporteur	C1814 - ACI
	1 PLACE SAINT EXUPERY ANGLE AVENUE HASSAN II ET RUE ALLAL EL FASSI CASABLANCA		1 Rq. St. Exupery Av. Hassan 2 CASABLANCA
N° Assuré	Nom et Prénom de l'Assuré	N° Sinistre	Référence
000004	FIKRI EP. EL IHABI HOUDA	2020006 00	
Type Déclaration	Total Remboursement		
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 03 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](http://www.rmaassurance.com)


**RMA**

 ROYALE  
 MAROCAINE  
 D'ASSURANCE

FEUILLE DE DECOMpte DESTINEE A L'ASSURE

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