

# 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.

## diologie 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.

## tique :

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

## éducation :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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



# MUPRAS

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

WB 24755  
~~WB 24755~~  
Déclaration de Maladie

Nº P19- 046885

Voir dos : 00 p19 - 003993C

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3791 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENCHEKROUN FARIDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663975535 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 : .....

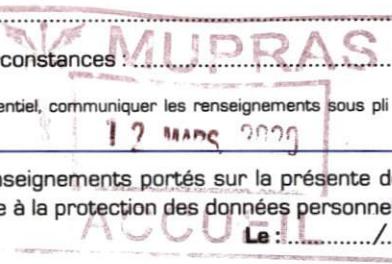
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

12 Mars 2009

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) : .....



## RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
  - Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
  - La déclaration maladie doit être entièrement correctement remplie et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des frais engagés :
    - l'ordonnance médicale,
    - les prospectus & vignettes ou PPM des médicaments,
    - les ordonnances prescrivant les examens radiologiques et/ou biologiques ainsi que leurs résultats,
    - en cas d'hospitalisation, la facture clinique détaillée mentionnant la nature et éventuellement la cotation des actes pratiqués accompagnée des notes d'honoraires, du détail de la pharmacie, des factures annexes ...etc.
    - en cas de soins ou de prothèse dentaires, le relevé détaillé des actes pratiqués, leur coefficient ainsi que les numéros et positions des dents traitées.
    - en cas de dossier de lunettes, l'ordonnance prescrivant les lunettes précisant le degré de dioptrie et la facture de l'opticien renseignée par les numéros de nomenclature des verres.
  - En cas de demande de prise en charge, faire accompagner le devis d'hospitalisation d'un pli confidentiel justifiant ladite hospitalisation et détaillant les soins et traitements envisagés ainsi que de tout examen de diagnostic.
  - Sont soumis à l'accord préalable de la Compagnie : la prothèse dentaire, les extractions multiples de plus de 8 dents, les soins spéciaux (laser ...etc.) et les soins en série (injections, rééducation ...etc.).
  - Lorsque la personne malade bénéficie d'un autre régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à la Compagnie l'original du décompte de remboursement délivré par l'organisme assureur de base et la photocopie du dossier.
  - A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.
  - Les enfants âgés de plus de 20 ans restent couverts jusqu'à l'âge de 25 ans sur présentation chaque année d'un certificat de scolarité.
  - Le délai de dépôt de toute demande de remboursement (déclaration maladie, complément ou acte de naissance ...etc.) est de 3 mois à compter de la date de la 1ère consultation, du règlement de l'Assureur de base ou de la date de naissance. Si les soins durent plus de trois mois, l'assuré est invité à présenter des factures partielles.
  - En cas de non présentation à une visite demandée par la Compagnie, l'assuré risque de voir tous ses dossiers bloqués jusqu'à ce qu'il apporte des explications pour cette absence.
  - Toute fausse déclaration (production de renseignements ou de documents intentionnellement faux, usurpation d'identité, facturation de frais non déboursés ...etc.) est passible de sanctions prévues par la loi 17-99 portant code des assurances (radiation du droit à prestations).
  - Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.
  - Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.
- Conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le n° A-A-101/2014

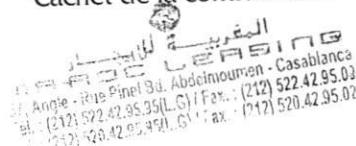


شركة التامين و إمداد التامين أطلانتا  
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA  
Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances

## FEUILLE DE SOINS

### A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

#### Cachet de la contractante

  
 ATLANTA ASSURANCES  
 11 Rue Pinel Bld. Abdelloumen - Casablanca  
 Tel.: (212) 522.42.95.03 (L.G.) / Fax.: (212) 522.42.95.02  
 Tel.: (212) 520.42.95.03 (L.G.) / Fax.: (212) 520.42.95.02

N° de police : .....

N° d'adhérent : .....

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : .....

Prénom du patient (e) : .....

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : .....

Montant des frais exposés (en DH) : .....

A : ..... le ..... / ..... / ..... Signature de l'adhérent (e) :

### CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil



Docteur Nouzha TROMBATI

Professeur Universitaire  
de Pneumophysiologie

Maladies Respiratoires - Tuberculose  
Allergologie - Asthme - Sevrage Tabagique  
Tests Allergologiques - Fibroscopie Bronchique  
Exploration Fonctionnelle Respiratoire



الدكتورة نزهة طرباطي

أستاذة جامعية إختصاصية  
في أمراض الصدر والجهاز التنفسى  
داء السل - أمراض الربو والحساسية  
الإقلاع عن التدخين - تحاليل الحساسية  
التنفسية - فحص الوظيفة التنفسية

Casablanca, le : 21/1/2020

M. Benkirane Hamed

1) Augmentin sachet 5g (126,3x4)  
2) Naxiflore 3/1 i (79,00)  
3) Xyzall 14/10 mg x 5  
4) Solupred cp 20mg  
disponible  
3cp/i le matin apres pt dej x 5j  
(ce jour : à prendre apres le dejeuner)

06 63 01 55 99 / 0522 25 25 35 - الدار البيضاء - رقم 4 - الطابق الأول - الهاتف/fax:  
104, Bd. Abdelmoumen - 1er Etage - N°4 - Casablanca - Tél./Fax : 05 22 25 25 35 / 06 63 01 55 99  
Email : trombati066@yahoo.fr البريد الإلكتروني:

LOT : 0237  
PER : 06/2022  
PPV : 46.00DH

U1.3=

5) Ixor up 20mg (S)

28= Acpli A Jeux x 7 (S)

6) Stodal Syrup (S)

27,4% Acas x 3/1 (S)

7) Vit C 1000 (S)

16,0% Acpli e 7 tabs (S)

8) Stimol Amp (S)

15,3% 1 amp x 2/1 (S)

9) Doliprane gel (S)

2 gel par mme (S) 2 fes (S)  
Si besoin

5035

PHARMACIE OLIVER  
Narjisse BENNANI  
55A Rue Othman Ben Abdellah Casablanca  
Tel: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 67

Docteur Nouzha TROMBATI

Professeur Universitaire  
de Pneumophysiologie

Maladies Respiratoires - Tuberculose  
Allergologie - Asthme - Sevrage Tabagique  
Tests Allergologiques - Fibroscopie Bronchique  
Exploration Fonctionnelle Respiratoire



الدكتورة نزهة طرباطي

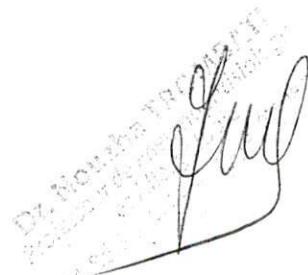
أستاذة جامعية إختصاصية  
في أمراض الصدر والجهاز التنفسي  
داء السل - أمراض الريبو الحساسية  
الإقلاع عن التدخين - تحليل الحساسية  
التقطير القصبي - فحص الوظيفة التنفسية

Casablanca, le : ..... 7/1/2020 الدار البيضاء، في :

Nr Benkiran Hamid

Re Thorax Face :

image thoracique  
entièrement normale.



104، شارع عبد المؤمن - الطابق الأول - رقم 4 - الدار البيضاء - الهاتف/fax: 06 63 01 55 99 / 0522 25 25 35  
104, Bd. Abdelmoumen - 1er Etage - N°4 - Casablanca - Tél./Fax : 05 22 25 25 35 / 06 63 01 55 99  
البريد الإلكتروني : Email : trombati066@yahoo.fr

**Docteur Nouzha TROMBATI**

*Professeur Universitaire de Pneumophysiologie*

Maladies Respiratoires - Tuberculose  
Allergologie - Asthme - Sevrage Tabagique  
Tests Allergologiques - Fibroscopie Bronchique  
Exploration Fonctionnelle Respiratoire



**الدكتورة نزهة طرباطي**

أستاذة جامعية اختصاصية  
في أمراض الصدر والجهاز التنفسية  
داء السل - أمراض الربو والحساسية  
الإقلاع عن التدخين - تحليل الحساسية  
التنظير القصبي - فحص الوظيفة التنفسية

Casablanca, le : ..... 21/11/19

**NOTE D'HONORAIRES**

Je Soussigné,

Professeur : ..... Cert

Avoir reçu de M. R. Benkirane Hamid.

La somme de : 200 DH

En lettre : Deux cent dir

Pour : ..... Dr. Nouzha TROMBATI

- Consultation
- Radio Thoracique Face
- Exploration Fonctionnelle Respiratoire
- Tests Cutanés d'Allergie

N° règlement : 2020010169

### DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02  
 Adhésion n° : 00000188  
 Malade : Lui même  
 Numéro RIB :

Ste contractante : MAROC LEASING  
 Adhérent(e) : \*BENKIRANE HAMID  
 Déclaré le : 16/01/2020  
 Soin du : 07/01/2020  
 Sinistre n° : 040.2020.00003169  
 Date décision : 20/01/2020  
 Reçu le : 13/01/2020

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	593.50	0.00	593.50	85.00	504.47
RADIOLOGIE	200.00	0.00	200.00	85.00	170.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	85.00	255.00
<b>Totaux</b>	<b>1 093.50</b>	<b>0.00</b>	<b>1 093.50</b>		<b>929.47</b>
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			929.47

- Observation(s) :

Signature Adhérent(e)