

# 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.

N° P19-

047281

ND-28380

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794

Société : RAH

Actif

Pensionné(e)

Autre :

OUHAFSA Med

Date de naissance :

1.1.52

Adresse :

lots les. Figuier n° 3. Ain Seba

Tél. : 06.65.10.33.02

Total des frais engagés : 1204,60 D

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enf

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : 11/1

Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-047281

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 6794

Nom de l'adhérent(e) : OUHAFSA

Total des frais engagés : 1204

Date de dépôt : 11/6/96

**RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES  
POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS**

- 1 Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
  - 2 Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
  - 3 La déclaration maladie doit être **entièrement et 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.
  - 4 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 traitement envisagés ainsi que de tout examen de diagnostic.
  - 5 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.).
  - 6 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.
  - 7 A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.
  - 8 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.
  - 9 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.
  - 10 En cas de non présentation à une contre 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.
  - 11 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).
  - 12 Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.
  - 13 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 CNPD sous len<sup>n</sup> A-A-101/2014
- réf : 14/0102 / V 0506



Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA  
Entreprise privée régie par la loi 17-99 portant code des assurances.

## FEUILLE DE SOINS

### A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante

N° de police : 204 / 631

N° d'adhérent : 86

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : ELKHAYAT TAHRA

Prénom du patient (e) : TAHRA

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

Montant des frais exposés (en DH) : 1204,60 DHS

A : ELASO le 6/3/20 Signature de l'adhérent (e) :

Liens de téléchargement de l'application mobile Atlanta :

IOS : <http://www.atlanta.ma/iphone>

Android : <http://www.atlanta.ma/android>

Ces liens vous permettent la consultation de vos dossiers maladie.

### CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil



الدكتورة فتحية تهابي الخذش

Directeur Fatima TOUABI DAKHCH

 CINE GENERALE

405, Avenue (H) - Mansour 3

Jidi Bernoussi - CASABLANCA 05

Tél. : 05 22.73.11.28

الطب العام

الطب العام  
405 شارع (H) منصور 3 - ماتحة الخير  
سيدي البرنوصي - الدار البيضاء  
الهاتف : 22.73.11.28  
SEFRIQUI KHATEX  
Docteur en Pharmacie  
413 41. Souhail El umi - S. Benmous  
Tél. : 05.22.73.32.56 - Casablanca

الدار البيضاء فاس مراكش Casablanca, le : ١٧

## 7 - ELECTROSTATIC TANKS

John H.

八

20.0 214.

A-5

$r = \text{none}$   $S_{\text{f}}$

11448 6-18

3 Jan

Shelley 5

7388

On board

has been ~~the~~

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			800

**Arrêtée la présente facture à la somme de :**

N° règlement : 2020027382

### DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n°	004.2019.00000130-01	Ste contractante	RENAULT COMMERCE	Soin du	16/03/2020
Adhésion n°	00000086	Adhérent(e)	EL KHAYAT TAHRA	Sinistre n°	040.2020.00135950
Malade	Lui même	Déclaré le	29/04/2020	Date décision	30/04/2020
Numéro RIB	013780010032184320013948			Reçu le	27/04/2020

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	694.00	0.00	694.00	80.00	555.20
PARAPHARMACIE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
CONSULTATION DE GENERALISTE	100.00	0.00	100.00	80.00	80.00
Totaux	1 094.00	0.00	1 094.00		875.20
Dossier n°	:	Règlement compagnie (Dhs)			875.20

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)