

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



complémentaire
Déclaration de Maladie

N° P19- 047281

ND-28380

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Rehaute

Nom & Prénom : OUHAFA Med

Date de naissance : 1.1.52

Adresse : lots les Figuiers n° 3 Ain Sebaou

Tél. : 06.65.10.33.02 Total des frais engagés : 1204,40 D

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 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 : 11/1/2011 Le : 11/1/2011

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) : OUHAFA

Total des frais engagés : 1204,40 D

Date de dépôt : 11/1/2011

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 CNDP sous l'en° A-A-101/2014



شركة التأمين والتأمينات
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 : 204/63-1

N° d'adhérent : 86

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

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

Prénom du patient (e) : TANRA

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

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

A : Casablanca 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

Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de Dirhams
Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél.: 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14/16
C.N.S.S. 1090109 - I.F. 1085137 - R.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 001529660000034

réf : 14/ 0102 / V 0506

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

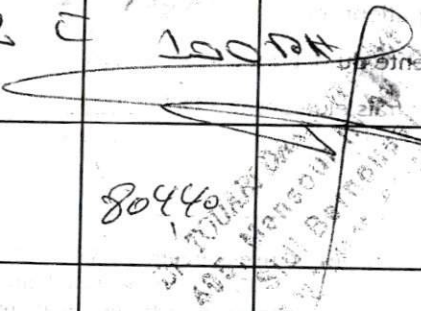
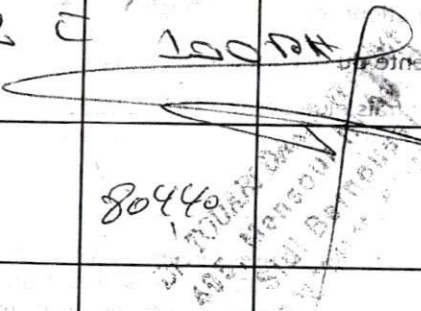
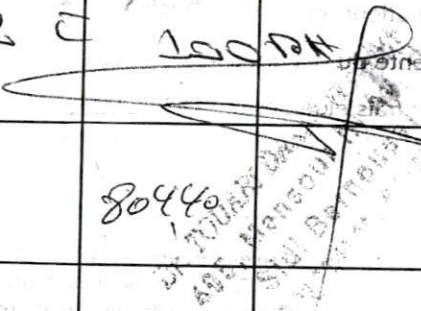
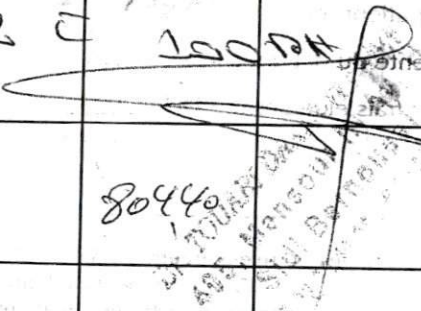
Nom et prénom du patient (e) : Mr. P. B. / 20/01/2020

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie (*): 12. infection - virus

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances :

(*) : Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTA- TION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDICINS TRAITANTS	24/02/2020			100 DH	
PHARMACIE	24/02/2020			80440	
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX	1/8/20			300,-	
OPTICIEN					

SEFRIOU / PHARMACIE
Docteur S. Benmoussa
41, A. Soukhat Ben Ammi - S. Benmoussa
Tél: 06 22 73 32 50 - Casablanca

PARA IL YAS
Marsouf 11 Mar 55, N 10 Sidi Benmoussa
Tél: 06 22 73 32 50 - Casablanca

FEUILLE DENTAIRE

(Précisez impérativement s'il s'agit d'un devis ou d'une facture)

DEVIS

Etabli le :

EXÉCUTION

Commencé le :

Terminé le :

Tratament

SOINS

Dents
traitées

Date _____

S	Nature de l'acte
---	------------------

Coef.

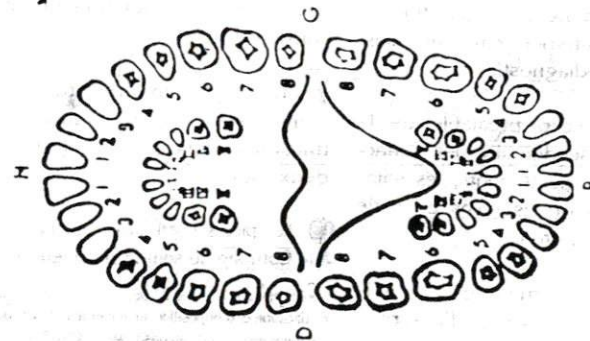
PROTHESE ET ODF

Nature de la prothèse
ou semestre de l'ODF

Cotation

SCHEMA DENTAIRE

(à remplir SVP)



COUT GLOBAL DES SOINS

DH:

COUT GLOBAL DE LA PROTECTION

Avis du médecin conseil de la C...

Tél. : 05 22.73.11.28

الطب العام
405, شارع (H) منصور 3
سيدي البرنوصي - الدار البيضاء
الهاتف : 22.73.11.28
SEFRIOU KH. **ماتحة الخير**
Docteur en Pharmacie
41- 713, Av. Souhail Errami - S. Benmouss
Tel : 05 22 73 32 56 - Casablanca

Casablanca, le : ٢٠٢٢/٠٩/٠٩

7 - EL IC HAYAT TAKRIR

20 x.0 917.

2. Yellow Sign

1440

McCord

Handwritten signature


Handwritten signature: *John C. ...*

Les bien A

1000 1.10.50 A. C. 20440

1.1.2

1970.

T.T.C	Total T.T.C
50	80
	

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)