

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

biologie 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 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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

Nº P19- 068726

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 6794

Société : RAM 46036

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUHAFSA Med

Date de naissance : 1.1.52

Adresse : Aïn Sebaa

Tél. 065.10.33.02

Total des frais engagés : 1151,10 DH 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.

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 : Casablanca

Le : 21/11/90

Signature de l'adhérent(e) :



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 **entièvement 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 lenⁿ A-A-101/2014

réf : 14/0102 / v0506



شركة التامين و إعادة التامين أطلانتا
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 :

206/031

N° d'adhérent :

86

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

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

Prénom du patient (e) : *TAHRA*

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

Montant des frais exposés (en DH) : *601,40 DH*

A : *COSO* le *21/8/14* Signature de l'adhérent (e) : *(Signature)*

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

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) :

Age du patient (e) : Date des soins : 10 AOUT 2020

Nature de la maladie^(*): Cancer du sein

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	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS				280 M	
PHARMACIE	07/07/2020 02/08/2020			L'Octeur Mar Spécialiste des Maladies de l'Anus et Rectum Digestif et Chirurgie Urologique 120, Rue Al Massi - CASABLANCA Anal 1 - Bumissi - Tél: 05.22.75.52.18.19	
ANALYSES / RADIOGRAPHIES				200 M	DR. LALAMI Saliou Pharmacie Rizk Télé: 022.33.35.28
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

DOCTEUR LAHLOU OMAR

SPECIALISTE DES MALADIES DE
L'APPAREIL DIGESTIF

- Foie, Vesicule Biliaire, Estomac
Intestin, Hemorroides

ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE
PROCTOLOGIE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Toulouse - France

Ancien attaché au C.H.U de Toulouse

Ancien Médecin des F.A.R

Membre de la Société Française
de Gastroenterologie et d'Hépatologie



الدكتور لحلو عمر

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
و جراحة البواسر

الكبد - المريء - المعدة - الأمعاء - أمراض البواسر

الفحص بالمنظار الداخلي بالأمواج الصوتية

و جراحة المفرج

خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

طبيب ملحق للمركز الصحي الجامعي بتولوز سابقا

طبيب القوات المسلحة الملكية سابقا

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد

Casablanca, le 7 AOUT 2020

BONNAFANT ANA

99⁰⁰ - Prise de sang 11x31, Au 10,
S.V.

34,40 - Colles prises 80 10x31 Au 10,
S.V.

10⁰⁰ - Urine 10x31 Au 10,
R. 10x31 Au 10,

68⁰⁰ - Urine plus legere 10x31 Au 10,
S.V.

Dr. Lahrou Omar
Spécialiste des Maladies de l'appareil
Digestif et Chirurgie de l'Anus
120, Rue Al Moutana Bnou Harita
Amal 1 - Bernoussi - CASABLANCA
Tél.: 05.22.75.52.19 - Fax: 05.22.75.52.19
E-mail: docteurlahlouomar@gmail.com



120، زنقة المثنى بن حارثة، أمل 1 البرنوسي (أمام ثانوية المختار السوسي) - الهاتف : 05.22.75.52.19 - الفاكس : 05.22.75.52.18

120, Rue Al Moutana Bnou Harita, Amal 1 - Bernoussi (en face du L. Mokhtar Soussi) - Tél.: 05.22.75.52.18 - Fax : 05.22.75.52.19

الحياة الوازيس : 29، روسستاند الوازيس - الدار البيضاء - الهاتف : +212(0)5.22.254.613 - الفاكس : +212(0)5.22.299.444

Alhayat Oasis : 29, Rue Rostand, Quartier Oasis - Casablanca - Tél.: (+212)05.22.299.444 (lignes groupées) - Fax: (+212)05.22.254.613

E-mail : docteurlahlouomar@gmail.com

Nom et prénom

Age du patient

Nature de la maladie

S'il s'agit d'un accident

(*) : Au cas où la maladie
sous pli confidentiel

PRATICIEN

DATE

ANALYSES /

RADILOGIES /

MÉDECINS

PHARMACIE

TREATMENTS

ANALYSES /
RADILOGIES /

MÉDECINS

PHARMACIE

TREATMENTS

MÉDICAMENTS
auxiliaires

OPTICIEN

N° règlement : 2020046903

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Ste contractante : RENAULT COMMERCE

Soin du : 07/08/2020

Adhésion n° : 00000086

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Sinistre n° : 040.2020.00312611

Malade : Lui même

Déclaré le : 03/09/2020

Date décision : 17/09/2020

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Reçu le : 03/09/2020



Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE SPECIALISTE	250.00	0.00	250.00	80.00	200.00
(*) Pharmacie	201.40	167.00	34.40	80.00	27.52
Totaux	451.40	167.00	284.40		227.52
Dossier n°	1227144	Règlement compagnie (Dhs)			227.52

Observation(s) :

(*) nr prodefen carplus

Signature Adhérent(e)