

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.

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.

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.

Prothèse 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 064395

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : LMA 1238

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : OULHAFIA MCI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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.

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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-064395

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

Complémentaire

P 17 / 0063523**DATE DE DEPOT**

09 / 10 / 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 6794	Signature l'adhérent
Nom & Prénom OUHAFSA Med			
Fonction Rehaile	Phones 06.65.10.3302		
Mail			

MEDECIN	Prénom du patient TAHRA			Signature et cachet du médecin	
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age		Date
Nature de la maladie					Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances					
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires			

PHARMACIE	Date	Signature et cachet du Pharmacien
Montant de la facture		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date	CACHET
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date	CACHET
Nombre				Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV		

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 len° A-A-101/2014

réf : 14 / 0102 / V 0506

ATLANTA
ASSURANCES

شركة التامين و إعادة التامين اطلانتا
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 / 03 - 1

N° d'adhérent :

86

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) :

ELKHAYAT TANRA

Prénom du patient (e) :

TAHRA

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

ADHÉRENTE

Montant des frais exposés (en DH) :

1146,50 DHS

A :

ESSE

le

25/8/20

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 00152966000034

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom, et prénom du patient (e) : El Hassan AT TMANI

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie(*) : Douleur abdominale

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	15-8-22				<u>[Signature]</u>
PHARMACIE	19/08/22			746.50	<u>[Signature]</u> Sidi Bernoussi 405, Mansour III Av. N
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX	4/8/20			300	<u>[Signature]</u> PARALISSA Mansour III Bloc 05 N Sidi Bernoussi Tél: 052271447 Gsm: 0661524205 Mail: Paralissa@hotmail.com
OPTICIEN					

Docteur Fatiha TOUABI DAKHCH

MEDECINE GENERALE

405, Avenue (H) - Mansour 3

Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05

Tél. : 05 22.73.11.28

الدكتورة فتيحة توابي الضخش

الطب العام

405 شارع (H) منصور 3

سيدي البرنوصي - الدار البيضاء 05

الهاتف : 05 22. 73. 11.28

Casablanca, le 15-08-22

Handwritten notes and signatures on the right side of the page, including a stamp for 'S. KHAYATEY' and 'S. BERNOUSSI'.

règlement : 2020046903

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE



Contrat n° : 004.2019.00000130-01
Adhésion n° : 00000086
Malade : Lui même
Numéro RIB : 013780010032184320013948

Ste contractante : RENAULT COMMERCE
Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA
Déclaré le : 03/09/2020

Soin du : 19/08/2020
Sinistre n° : 040.2020.00312602
Date décision : 17/09/2020
Reçu le : 03/09/2020

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	746.50	0.00	746.50	80.00	597.20
CONSULTATION DE GENERALISTE	100.00	0.00	100.00	80.00	80.00
RADIOLOGIE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
Totaux	1 146.50	0.00	1 146.50		917.20
Dossier n° : 1227135 Règlement compagnie (Dhs)					917.20

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)



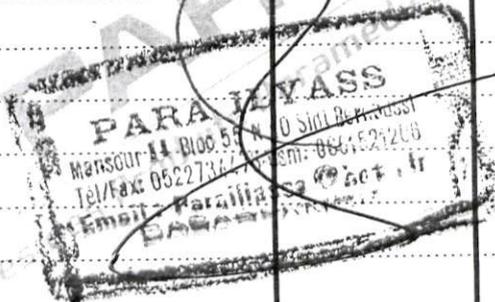
PARA ILYASS

Ventes des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

FACTURE N° 37/20

CLIENT :

DATE : 24/8/20

Réf.	Désignation	Quantité	Prix U T.T.C	Total T.T.C
	Bucladine comprimés 100	2	150	300
				

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			300,

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Docteur Fatiha TOUABI DAKHCH

MEDECINE GENERALE

405, Avenue (H) - Mansour 3

Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05

Tél. : 05 22.73.11.28

الدكتورة فتيحة توابي الضخش

الطب العام

405, شارع (H) منصور 3

سيدي البرنوصي - الدار البيضاء 05

الهاتف : 05 22. 73. 11.28

Casablanca, le: 28 2009
الدار البيضاء في 28 2009

1- EL KHAYAT MARRAKESH

100 d R
300 d R

PARA ITY ASS
Mansour III Av. H
Tel/Fax: 05 22 73 11 28
Email: info@paraity-ass.ma
CASABLANCA
Dr. TOUABI DAKHCH Fatiha
405, Mansour III Av. H
Sidi Bernoussi
20 44 28, CASABLANCA