

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

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

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

N° P19-0036459

Complémentaire : 49902
 Optique ND : Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OUHAFSA Med

Date de naissance :

11.11.1952

Adresse : 3 lots les Figuiers Ain Sebaa

Tél. 066510.33.02

Total des frais engagés : 2023,30 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01.12.2020



A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : Delphine TAHIR.

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie^(*) : Allerige de

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	15.08.2020	12		300,00	Tel: 0522 - Casablanca
PHARMACIE	25/09/2020			500,00	M. Mohamed CHRAIBI Spécialiste O.R.L. Angle Bd. Anfa & Bd. My. Abdellah Tél: 0522 20 69 43/0522 20 55 47 Casablanca
ANALYSES / RADIOPHARMACIES				223,30	PHARMACIE AIN SEBA Tél: 022 45 85 55
AUXILIAIRES MEDICAUX					PHARMACIE AIN SEBA Tél: 022 45 85 55
OPTICIEN					PHARMACIE AIN SEBA Tél: 022 45 85 55

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER 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 photocopy 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 photocopy 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 transmises 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^o A-A-101/2014



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 : 204 / 03 - 1

N° d'adhérent : 86

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) ELKHAYAT TAHIRA

Prénom du patient (e) : TAHIRA

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

Montant des frais exposés (en DH) : 2033,50 DH

A : 00500000 le 21/12/2010 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

Cabinet du Docteur M'hamed CHRAÏBI
Explorations Fonctionnelles
Madame ESSEFFAR Soumeya
Audiométriste Diplômée de Bordeaux

AUDIOGRAMME

Nom : OUHAFSA Prénom : TAHRA

Date de naissance : _____ Profession : _____

Adresse : _____

Médecin traitant : _____

Observations : _____

Résidence Roïa : 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. Mly Youssef - 2^{ème} étage - Casablanca
Email : chraibi.orl@gmail.com - Tél. Cabinet : 05 22 20 69 43 / 05 22 20 77 67 - Fax : 05 22 20 71 91

الدكتور مهamed الشرايبي

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.

Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus

Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochléaire

Rééducation des vertiges ou troubles de l'équilibre

Casablanca, le : 25.05.2020

Le Docteur _____

Prie M Anhafsa Takra _____

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente

suivant l'usage sa note d'honoraires pour _____

Assogramme Impérial
525

S'élevant à la somme de 500 Dhs.

Cinq Cent Dh

Docteur M'hamed CHRAÏBI
Spécialiste O.R.L.
47, Angle Bd. Anfa & Bd. My. Youssef
Tél: 0522.20.69.43 / 0522.20.77.67 / 68 - Fax : 0522.20.71.91 - Clinique Ghandi : 0522.36.69.11
- Casablanca -

Résidence Roia 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2^{ème} étage - Casablanca

Tél Cabinet : 0522.20.69.43 / 0522.20.77.67 / 68 - Fax : 0522.20.71.91 - Clinique Ghandi : 0522.36.69.11

الدكتور محمد الشرابي

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.

Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus

Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochlear

Reéducation des vertiges et troubles de l'équilibre

CASABLANCA Le 25/09/2020,

Madame OUHAFSA Tahra

1031⁰⁰ x 3

1) VASCOR 35 MG 3 BOITES



1 comprimé matin et soir 3 MOIS



71130⁰⁰ 2) TANAKAN CP

1 comprimé 3 fois par jour 3 MOIS



2416⁰⁰

3) TOPICORT CREME

2 applications par jour



5810⁰⁰

4) HISTANORM 10 mg (BTE 30 CP)

1 comprimé le soir 1 MOIS



5) AEROMAX NASAL 200 DOSES

190⁰⁰ 2 pulvérisations le matin pdt 1 mois



PHARMACIE RIZK
Dr ZALAHI Saloua
S. PIYARAH
AIN SEBA CASABLANCA
tel: 022.35.85.20

Docteur M'hamed CHRAÏBI
Spécialiste O.R.L.
47, Angle Bd. Anfa & Bd. My. Youssef
Tél: 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67
- Casablanca -

Résidence Roïa : 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2^{ème} étage - Casablanca
Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91
En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05



N° règlement : 2020058924

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 : 10/11/2020

Soin du : 25/09/2020
Sinistre n° : 040.2020.00419727
Date décision : 12/11/2020
Reçu le : 04/11/2020

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE	500.00	0.00	500.00	80.00	400.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
Pharmacie	1 223.30	0.00	1 223.30	80.00	978.64
Totaux	2 023.30	0.00	2 023.30		1 618.64

Dossier n° :

Règlement compagnie (Dhs)

1 618.64

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)