

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

- Reclamation : 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.

M22- 0040765

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 604.2 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BEN ABDELLAH KARIMA

Date de naissance : 29-11-62

Adresse :

Tél. : 06 61 100 84 8 Total des frais engagés : _____ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : _____ /

Nom et prénom du malade : _____ /

Lien de parenté : Lui-même Comjoint Enfant



Nature de la maladie : _____ /

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : _____ /

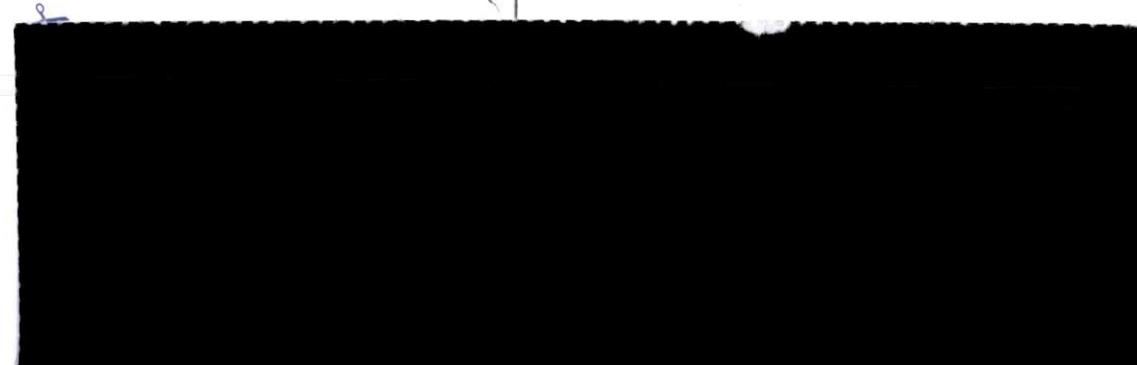
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____ /

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 : CRASA Le : _____ / _____ /

Signature de l'adhérent(e) : Amel



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVÉ DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

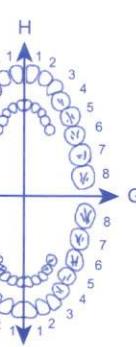
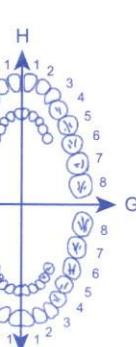
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				Coefficient DES TRAVAUX											
				MONTANTS DES SOINS											
				DEBUT D'EXECUTION											
				FIN D'EXECUTION											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient DES TRAVAUX											
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
G	00000000	00000000													
B	35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS											
				DATE DE L'EXECUTION											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**RECOMMANDATIONS GENERALES
POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

ndispensable d'établir une déclaration
nne et par maladie.

vivement recommandé à l'adhérent
r une photocopie de ses dossiers
avant leur envoi à la Compagnie
boursement.

laration maladie doit être entièrement
tement remplie et doit être accom-
le toutes les pièces justificatives des
gés :

nance médicale,
spectus & vignettes ou PPV des
ments,
donnances prescrivant les examens
iques et/ou biologiques ainsi que
ultats,

d'hospitalisation, la facture clinique
mentionnant la nature et éventuelle-
cotation des actes pratiqués accom-
les notes d'honoraires, du détail de la
ie, des factures annexes ... etc.

de soins ou de prothèse dentaires, le
taillé des actes pratiqués, leur coeffi-
si que les numéros et positions des
itées.

de dossier de lunettes, l'ordonnance
nt les lunettes précisant le degré de
et la facture de l'opticien renseignée
mères de nomenclature des verres .

de demande de prise en charge, faire
gner le devis d'hospitalisation d'un pli
iel justifiant ladite hospitalisation et
les soins et traitement envisagés ainsi
ut examen de diagnostic.

soumis à l'accord préalable de la
ie : la prothèse dentaire, les extra-
tiques de plus de 8 dents, les soins
(laser ... etc.) et les soins en série
, reéducation ... etc.).

ie la personne malade bénéficie
e régime de prévoyance, l'assuré
nettre à la Compagnie l'original du
e de remboursement délivré par

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 durant 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.

⑭ En cas d'accident, la présentation des causes et circonstances, date, heure, et lieu d'accident et transmettre éventuellement la copie du procès-verbal de la police ou de la gendarmerie en cas d'accident de la voie publique »

Conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition au traitement de vos données personnelles.

CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion Date de
AtlantaSanad Dépôt du dossier

Cachet Contractante

.....

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Numéro de Sinistre
(si ouverture par système)

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)

LAOUIFIR SIF EDDINE

N° CIN

19842

Nom et prénom du malade

LAOUIFIR SIF EDDINE

Lien de parenté

lui même

Date des soins

12.10.2022

Signature de l'assuré

Jean

Montant des frais exposés

357,60 DH

Cadre réservé à l'agent

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Couplet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : Matricule : CIN :

NOM et Prénom du malade : ZAEUFIR S.I.F. : EDWARD Age : 2 Ans

Nature de la maladie : lombosciatique

En cas d'Accident (Causes et Circonstances).....

Professeur Ali OUBOUKHLIK

NEUROCHIRURGIEN

Casablanca, le : 12.10.32

أبو خليق **علي** **جراحة** **الدماغ** **والعمود** **الفقرى**



CABINET DE NEUROCHIRURGIE ADULTES ET ENFANTS

15 Rue la Lande, 2^{ème} étage N°6, Angle rue Amyot, Quartier des Hôpitaux - CASABLANCA
(Prés de l'Hôpital 20 août) - Tél: 05 22 86 21 30 - Fax: 05 22 86 21 31 - E-mail : ouboukhlik12@gmail.com
EN CAS D'URGENCE : 06 61 14 21 50

N° règlement : 2022135033

DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

N° CIN : A9842

Contrat n° : 004.1997.00000095-02

Adhésion n° : 00001041

Malade : Lui même

Numéro RIB :

Ste contractante : ATLANTASANAD CADRES RETRAITES

Adhérent(e) : LAOUFIR SIF-EDDINE Soin du : 12/10/2022

Déclaré le : 19/10/2022 Sinistre n° : 040.2022.00661406

Date décision : 24/10/2022

Reçu le : 19/10/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	57.60	0.00	57.60	90.00	51.84
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	90.00	270.00
Totaux	357.60	0.00	357.60		321.84
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			321.84

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)