

# 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

- Réclamation : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6042

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENABDERRAZIK ICARIMA

Date de naissance : 29-11-60

Adresse :

Tél. : 0661100843 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

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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 : CASA

Le : ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : AW



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

dispensable d'établir une déclaration  
ine et par maladie.

vement recommandé à l'adhérent  
r une photocopie de ses dossiers  
vant leur envoi à la Compagnie  
soursement.

ation maladie doit être entièrement  
lement remplie et doit être accom-  
e toutes les pièces justificatives des  
és :  
ance médicale,  
spectus & vignettes ou PPV des  
ents,  
onnances prescrivant les examens  
ques et/ou biologiques ainsi que  
Itats.

d'hospitalisation, la facture clinique  
nentionnant la nature et éventuelle-  
cation des actes pratiqués accom-  
es notes d'honoraires, du détail de la  
e, des factures annexes ... etc.

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

le dossier de lunettes, l'ordonnance  
it les lunettes précisant le degré de  
t la facture de l'opticien renseignée  
mères de nomenclature des verres .

le demande de prise en charge, faire  
er le devis d'hospitalisation d'un pli  
i justifiant ladite hospitalisation et  
es soins et traitement envisagés ainsi  
it examen de diagnostic.

omis à l'accord préalable de la  
e : la prothèse dentaire, les extra-  
iples de plus de 8 dents, les soins  
laser ... etc.) et les soins en série  
reeducation ... etc.).

la personne malade bénéficie  
régime de prévoyance, l'assuré  
etter à la Compagnie l' original du  
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 présenta-  
tion chaque année d'un certificat de scolarité.

9 Le délai de dépôt de toute demande de  
remboursement (déclaration maladie, complé-  
ment ou acte de naissance ... etc.) est de 3  
mois à compter de la date de la 1ère consulta-  
tion, 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 intentionnel-  
lement 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 presta-  
tions).

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

## 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

Numéro de bordereau .....

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)

N° CIN

A 9842

Nom et prénom du malade

LAOUFI SIE-EDDINE

Lien de parenté

Héritier

Date des soins

08.03.23

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

889,50 DH

Cadre réservé à Atlantasanad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Couplet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : ..... Matricole : ..... CIN : .....



N° règlement : 2023044551

## DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° CIN : A9842

Contrat n° : 004.1997.00000095-02

Ste contractante : ATLANTASANAD CADRES RETRAITES

Adhésion n° : 00001041

Adhérent(e) : LAOUFIR SIF-EDDINE Soin du : 08/03/2023

Malade : Lui même

Déclaré le : 15/03/2023

Numéro RIB :

Sinistre n° : 040.2023.00116823

Date décision : 20/03/2023

Reçu le : 15/03/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	589.50	0.00	589.50	100.00	589.50
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	90.00	270.00
Totaux	889.50	0.00	889.50		859.50

Dossier n° :

Règlement compagnie (Dhs)

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)