

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0805 Société : 259812

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Allal chahad Abdellah

Date de naissance :

11/11/45

Adresse :

Tél. : 0661 322 25 Total des frais engagés : 695 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

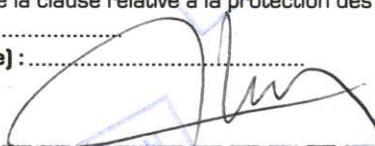
Nature de la maladie :

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) : 

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVE DES FRAIS ET 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

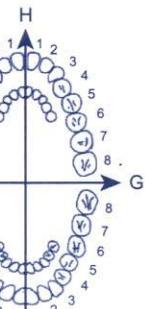
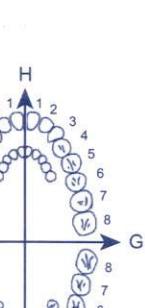
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 Je traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ D & \hline & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \\ B & \end{array} $ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



N° règlement : 2023053781

Contrat n° : 004.2021.00000076-10

Adhésion n° : 00000565

Malade : Lui même

Numéro RIB :

Ste contractante : BRICOMA AGADIR "RETRAITE"

Adhérent(e) : BENSOUDA AMINA Soin du : 28/03/2023

Déclaré le : 12/04/2023 Sinistre n° : 040.2023.00177343

Date décision : 13/04/2023

Reçu le : 10/04/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE SPECIALISTE	200.00	0.00	200.00	85.00	170.00
Pharmacie	495.30	0.00	495.30	85.00	421.00
Totaux	695.30	0.00	695.30		591.00

Dossier n° :

Règlement compagnie (Dhs)

591.00

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

est indispensable d'établir une déclaration d'assurance et par maladie.

est vivement recommandé à l'adhérent d'envoyer une photocopie de ses dossiers de santé avant leur envoi à la Compagnie de remboursement.

déclaration maladie doit être entièrement correctement remplie et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des engagements : donnance médicale,

prospectus & vignettes ou PPM des médicaments,

ordonnances prescrivant les examens biologiques et/ou biologiques ainsi que résultats,

cas d'hospitalisation, la facture clinique indiquant la nature et éventuellement la cotation des actes pratiqués accompagnée des notes d'honoraires, du détail de la maladie, des factures annexes ... etc.

cas de soins ou de prothèse dentaires, le détail des actes pratiqués, leur coefficient ainsi que les numéros et positions des traitements.

cas de dossier de lunettes, l'ordonnance traitant les lunettes précisant le degré de vue et la facture de l'opticien renseignée avec numéros de nomenclature des verres.

cas de demande de prise en charge, faire apposer le devis d'hospitalisation d'un pli joint justifiant ladite hospitalisation et faire les soins et traitement envisagés ainsi que tout examen de diagnostic.

est soumis à l'accord préalable de la compagnie : la prothèse dentaire, les extra-multiples de plus de 8 dents, les soins lux (laser ... etc.) et les soins en séries, reéducation ... etc.).

que la personne malade bénéfice d'autre régime de prévoyance, l'assuré doit remettre à la Compagnie l'original du contrat de remboursement délivré par son 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 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 transmises 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.

Ce traitement a été autorisé par la CNPD sous le n° A-A-101/2014

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

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale 04.2021.78

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

A remplir par l'assuré

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

N° CIN

BEN SOUDA AMINA

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

BEN SOUDA AMINA

m. m

Date des soins

28.03.2023

Signature de l'assuré

695,30

UR

Cadre réservé à Atlantasanad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : Matricule : CIN :

N° de police / N° de filiale : Numéro d'adhésion :

Frais exposés : dh Date de dépôt : / /

N° de sinistre : Numéro de bordereau : Date des soins :

NOM et Prénom du malade

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

AMINA

Age :

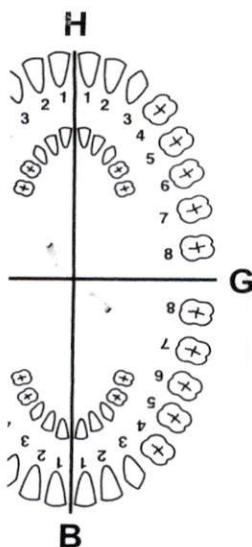
Ans

Nature de la maladie

En cas d'Accident (Causes et Circonstances)

DETAIL DES SOINS

SOINS ET PROTHÈSE DENTAIRE



itement de prothèse
'abord être soumis à
rd de la Compagnie.

Docteur Majda Benboujida
 Médecin Généraliste
 Echographie Générale
 Ancienne interne des hôpitaux



الدكتورة ماجدة بنبوجيدة
 الطب العام
 الفحص بالصدى
 طبيبة سابقاً بالمستشفيات

دار البيضاء في : 28/03/2023

AMINA BEN SAMA

PPV: 167DH00
 PER: 11-25
 LOT: L3870

167100
 - Zanor

1h. 2.

PPV 15DH30
 PER 12/26
 LOT L4094

10130
 - Detox (S.500) 80 - un

3

LOT 215355 EXP 04/2024
 PPV: 39DH20

39,20
 - Broncholiber

LOT 223816 1
 EXP 11/027

45180
 - ISS lone

PPV 45 80

2
 - Pénisole 80

Dr. Majda Benboujida
 Médecin Généraliste
 10, Rue Joséphine
 Casablanca

12

شارع الأطلس، زنقة جبل ميشيليفن رقم 318 - ليساسفة 1 (أمام سوق القصب) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 65 05 35

