

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

27/08/2023

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6794

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Richard

Nom & Prénom : OUAHAFSA Hocine

Date de naissance : 11.52

Adresse : 10510 Figuig Sidi Sebaa

Tél. 06651033021

Total des frais engagés : 1451,64 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 :

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 : 08/08/2023

Le 16/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

8

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 - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

- 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 PPV 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, reéducation ... 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 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. Ce traitement a été autorisé par la CNDP 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
AtlantaSanad

Date de
Dépôt du dossier

Cachet Contractante

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Numéro de Sinistre
(si ouverture par système)

N° CIN 1349834

A remplir par l'assuré

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

ECHAYAT TAHYA

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

Adhérente

Date des soins

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés 1457,80

Cadre réservé à Atlantasanaad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : ECHAYAT

Matricule : CIN :

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés 1457,80 dh

Date de dépôt : 31/8/13

N° de sinistre :
(si ouverture par système)

Numéro de bordereau :

Date des soins :

الدكتورة فدوی بلهشمي

الطب العام

- حاصلة على دبلوم في داء السكري من كلية الطب - الرباط
- رخص السياقة



Docteur Fadoua BELACHMI

MEDECINE GÉNÉRALE

- Diu en Diabétologie de la FMPR
- Permis de Conduire

0522757374

دار البيضاء في : 21/06/2023

EL KHAYAT S.A.H.R.A.

S.V.

٨٨٨١٠٠٢٤
- Homolog mix ٢٥

S.V.

٣٠-٣٠-٣٠٥٤٥ (N=٥)

٨٩١٢٦
- Amilor ٥ → ٨ ٤٩

S.V.

٤٢,٠٢
- voltaren ١٠٠ → ٤٠٠

S.V.

٤٦٦٦٦٦
- fox ٢ revapo ١٥ (٨٠ir)

S.V.

٤٠٦٦٦٦
- celefam ٥٠ → ٨ ٤٩

S.V.

٢٠,٠٣
- felonec saether ١٥ X ٣١٥

S.V.

٤٩١٨٥
- flogyl ٢٠ ٨ ٤٩

S.V.

١٤٧٢٧٤٦
- ١٤٧٢٧٤٦ (N=٢٠)

S.V.

٤٠٦٦٦٦
- Dr. BELACHMI Fadoua
Medecin Generaliste
Haj Ahmed Mekouar 1^{er}
Floor Bebaa Casablanca

شارع الحاج أحمد مكوار الطابق الأول عين سبع - الدار البيضاء

24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1^{er} Etage Ain sebaa (près de fks fekak) - casablanca

rubrique 6)

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade : EL HAJ AHMED Mekouar
Nature de la maladie : Diabète et Obésité
En cas d'Accident (Causes et Circonstances) :

DETAIL DES SOINS

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION			
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'Et. hospitalier
21/06/2023	22/06/2023	1000 DA	Dr. FADOUA BELACHMI Médécin Généraliste Casablanca
EXECUTION DES ORDONNANCES			
Dates	Montant	Cachet du pharmacien	
21/06/2023	857		
ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien
21/06/2023	PA	Mansour	
ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX			
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien
21/06/2023			



 PARA ILYASS
Vente des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

Client : ELKHOGA T
DANIEL

FACTURE N°

DATE : 21/6/83

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			500

Arrêtée la présente facture à la somme de :



- Diu en Diabétologie
- de la FMPR
- Permis de Conduire

① 05.22.75.73.74

Casablanca le : 20/09/2013 الدار البيضاء في :

EL KHAYAT 24, Bd Haj Ahmed Mekouar Casablanca

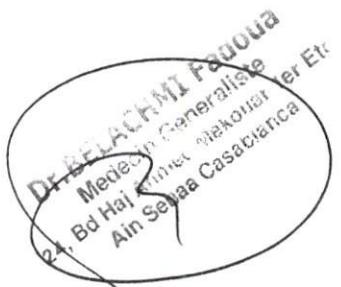
Ain sebaa Casablanca TAHRA .

301 1 Bandelette contour giles

1app x 615 (n = 2)

2x0, lancettes
1 lancette
1app x 315 (n = 01)

PARA ZYMLA
Marocain à l'insuline et aux préparations
Titrées à 100 U/ml et 200 U/ml
Réactif: Paraffine 40° C
DASSERON 100 ml



24 , شارع الحاج أحمد مکوار الطابق الأول عین سبع - الدار البيضاء

24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1^o Etage Ain sebaa (prés de fkas fekak) - casablanca