

# 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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

complémentaire  
Déclaration de Maladie  
M22- 0019802 *DD 1980*

Matricule : 6794 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e) Autre : Rehante  
Nom & Prénom : OUHAFSA Mea  
Date de naissance : 1-1-52  
Adresse : Lot 1 les Figuins Ain Sebae  
Tél. 0665103302 Total des frais engagés : 1421, 50 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

## 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 : ..... Pathologie : .....

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 : Casablanca Le : 16/08/23

Signature de l'adhérent(e) :

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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.



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 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

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 .....

Numéro de Sinistre .....

(si ouverture par système)

A remplir par l'assuré

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

ECHHAYAT TAHRA

N° CIN B3499234

Nom et prénom du malade

ECHHAYAT TAHRA

Lien de parenté

Adhérente

Date des soins .....

Montant des frais exposés 1471,80

Signature de l'assuré

Cadre réservé à Atlantasanal

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le : Casablanca 3/8/23

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : ECHHAYAT Matricole : ..... CIN : B3499234

N° de police / N° de filiale : .....

Numéro d'adhésion : .....

Frais exposés 1471,80 dh

Date de dépôt : ..... / ..... / .....

N° de sinistre : .....  
(si ouverture par système)

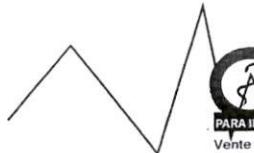
Numéro de bordereau : ..... Date des soins : .....

**A. REMPLIR PAR LE MEDECIN**

NOM et Prénom du malade : E. K. HAYAT TAHLA Age : \_\_\_\_\_ Ans \_\_\_\_\_  
Nature de la maladie : Diabète à virginité allergique à l'insuline  
En cas d'Accident (Causes et Circonstances) : \_\_\_\_\_

## DETAIL DES SOINS

## SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



 PARA ILYASS  
Vente des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

Client : G2 HAGA

FACTURE N° 24183

DATE : 31/01/23

Réf.	Désignation	Quantité	Prix U.T.T.C	Total T.T.C
	waterproof	2	100	200
	lather	10	20	200

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			590

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 : 24/07/2023 : الدار البيضاء في :  
BL KH AYAT TAHRN.

30, Bandelette contour flèches.

1appx615 (n=2)

- lancette

30

DR. FADOUA BELACHMI  
Médecin Généraliste  
Téléphone : 05 22 75 73 74  
Email : fadoua.belachmi@outlook.fr  
BASSEBAA





الطب العام

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

① 05 22 75 73 74

الدار البيضاء في : Casablanca le : 24/07/2023

EL KHAYAT TAHLA

٨٨١٠٠  
Humalog mix 50-25



٧٣٣١٥٠ ٣٠ - ٣٠ - ٣٠ ٥٥ (N=٥)

- Arcosia ٩٥ - ٨ ٤

١٤١١٥٧

cléee

١appx ٣



NPE 092050814

PHARMACIE FLEXY  
LAVAL  
Dr. ENNAKHIL ABDERRAHMANE  
AIN SEBA'A CASABLANCA  
TÉL: 022 35 35 35 35

٨٨١٧٠ - Falerg collyre

١fette x ٢٤

٢٣١٦٠ - topyne

١appx ٢٤ (٤)

٢٣١٧١ - fes ١appx ٢٤ (٤)

١appx ٢٤ (٤)

٢٣١٧٢ - fes ١appx ١٥ (٤)

١appx ١٥ (٤)

٢٣١٧٣ - fes ١appx ١٥ (٤)

١appx ١٥ (٤)

٢٤ ، شارع الحاج أحمد مكوار الطابق الأول عين سبع - الدار البيضاء

24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1<sup>o</sup> Etage Aïn sebaa (prés de fkas fekak) - casablanca

LOT 114364-  
PER 11/2024-  
500  
101  
EFFE