

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Informations 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.

Biologie 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.

Éducation :

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.
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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



complémentaire Déclaration de Maladie

N° P19-0036457

MD: 49922

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : OUHAFSA Meol

Date de naissance : 2-1-52

Adresse : 3 lots Les FLOWERS AIN SEBAA

Tél. : 06.65.10.33.09

Total des frais engagés : 590,30 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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.

Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données à caractère personnel.

Fait à : / /

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Signature :

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 PPM 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, l'assuré doit 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, rééducation ...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 durent 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

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.

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

ref : M 0102 / V 0506

ATLANTA
ASSURANCES

شركة التامين وإعادة التامين اطلانتا
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA
Entreprise privée régie par la loi 17-99 portant code des assurances

FEUILLE DE SOINS

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante

N° de police : 204 / 03 - 1

N° d'adhérent : 86

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : ECKHAyat TAHRA

Prénom du patient (e) : TAHRA

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : ADHERENTE

Montant des frais exposés (en DH) : 590,30 DH

A : 20/04/2014 le 20/04/2014 Signature de l'adhérent (e) :

Liens de téléchargement de l'application mobile Atlanta :

iOS : <http://www.atlanta.ma/iphone>

Android : <http://www.atlanta.ma/android>

Ces liens vous permettent la consultation de vos dossiers maladie.

CADRE RESERVE A LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil

Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de Dirhams
Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél.: 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14/16
C.N.S.S. 1090109 - I.F. 1085137 - R.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 001529660000034

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : Duhamel 19hrg

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie(*): Alcoolisme

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances^(*) :

(*) : Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

OPTICIEN	AUXILIAIRES MEDICAUX	ANALYSES / RADIOGRAPHIES	PHARMACIE	MEDECINS TRAITANTS	PRATICIEN
				26-10-2020 a	300

FEUILLE DENTAIRE

(Précisez impérativement s'il s'agit d'un devis ou d'une facture)

DEVIS

☐ EXÉCUTION

Etabli le :

Commencé le :

Terminé le :

Tratament

SOINS

PROTHESE ET ODF

COUT GLOBAL DES SOINS

DH:

COUT GLOBAL DE LA PROTHESE OU DE L'ODF

Avis du médecin conseil de la Compagnie

Cachet et signature du praticien



AtlantaSanad

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2020058919

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Adhésion n° : 00000086

Malade : Lui même

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Ste contractante : RENAULT COMMERCE

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Déclaré le : 10/11/2020

Soins du : 28/10/2020

Sinistre n° : 040.2020.00419732

Date décision : 12/11/2020

Règle : 04/11/2020

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
Pharmacie	290.30	0.00	290.30	80.00	232.24
Totaux	590.30	0.00	590.30		472.24
Dossier n° : Règlement compagnie (Dhs)					472.24

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

الدكتور محمد الشرايبي

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale - Laser
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.
Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus
Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochléaire
Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

CASABLANCA Le 27/10/2020,

Madame OUHAFFSA Tahra

1) FELDENE 20 MG GELULE

1 gélule par jour 20 JRS

2) RELAXOL CP

1 comprimé 3 fois par jour 20 JRS

3) ALGIK CP

1 comprimé 3 fois par jour

4) HISTANORM 10 mg (BTE 30 CP)

1 comprimé le soir 1 MOIS

5) AEROMAX NASAL 200 DOSES

2 pulvérisations le matin pdt 1 mois

PHARMACIE RIZK

LALAMI SALOUA

DR EN BORDAUX

5, Place Hassan Abdel Mekouar Rés. Karim

AIN SEBA - CASABLANCA

Tél: 022.35.85.20

PHARMACIE RIZK

LALAMI SALOUA

DR EN BORDAUX

5, Place Hassan Abdel Mekouar Rés. Karim

AIN SEBA - CASABLANCA

Tél: 022.35.85.20

PHARMACIE RIZK
DR LALAMI SALOUA
5, Place Hassan Abdel Mekouar Rés. Karim
AIN SEBA - CASABLANCA
Tél: 022.35.85.20

Docteur M'hamed CHRAÏBI
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux
Spécialiste O.R.L.
47, Angle Bd d'Anfa et Bd. My Youssef, 2ème Etage
Tél: 05 22 20 69 43 / 05 22 20 77 67/68
Fax: 05 22 20 69 43 / 05 22 20 77 67/68
INPE: 091042911 - ICE: 001638091000051

Résidence Roïa : 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2ème étage - Casablanca
Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91
En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05