

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

Education :

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



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

OUHAFFSA Med

Date de naissance :

2-1-52

Adresse :

3 lots Les FIGUIERS, AINS Sefood

Tél. 06.65.10.33.02

Total des frais engagés : 590,30 DHS 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 :

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 personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

complémentaire
Déclaration de Maladie

Nº P19-0036457

MD: 49922

Optique

Autres

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** Toute 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, 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
- ref: M 0102 V 0506



شركة التامين و إعادة التأمين أطلانتا
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 / 63 - 1
N° d'adhérent : 86

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : ELKHAYAT TAHIRA

Prénom du patient (e) : TAHIRA

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

Montant des frais exposés (en DH) : 590,30 DH
A : 590,30 DH le 21/12/2012 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

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : Shahrokh Shahrokh.

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie^(*): Allergie

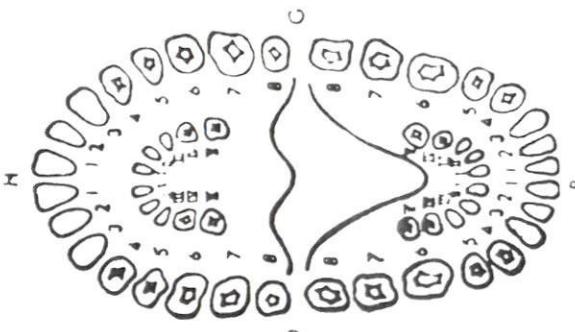
S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances^(*) :

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

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	26-10-2020	a		300	Spécialist Anfa & Casablanca tel: 0322 20 69 43 / 0522 11 - Casablanca -
PHARMACIE	28/10/2020			PHARMACIE RIZK Salon Meknès Casablanca tel: 022 35 85 00	PHARMACIE RIZK Dr LALANI Salma Meknès Casablanca tel: 022 35 85 20
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

FEUILLE DENTAIRE

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



SCHEMA DENTAIRE

3700

COIT GLOBAL DES COINS

201

D1

卷之三

卷之三

N° règlement : 2020058919

 AtlantaSanad
DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

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
Reçue le : 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 مهدي الشرابي

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 Cochlear

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

CASABLANCA Le 21/10/2020,

Madame OUHAFSA Tahra

59180

1) FELDENE 20 MG GELULE



1 gélule par jour 20 JRS



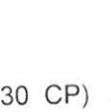
2) RELAXOL CP

1 comprimé 3 fois par jour 20 JRS



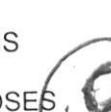
3) ALGIK CP

1 comprimé 3 fois par jour



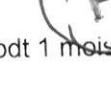
4) HISTANORM 10 mg (BTE 30 CP)

1 comprimé le soir 1 MOIS



5) AEROMAX NASAL 200 DOSES

2 pulvérisations le matin pdt 1 mois



PHARMACIE RIZK

LALAMI SALOUA

DR EN PHARMACIE

5, Place Mekoudar N°5, Karim K

AIN SEBA CASABLANCA

Tél. 022 350585 20

PHARMACIE RIZK

Karim K

AIN SEBA

Tél: 022.35.85.20

PHARMACIE RIZK
5, PLACE LALAMI SALOUA
AIN SEBA CASABLANCA
Tél: 022.35.85.20

Diplômé de Spécialité de
47, Angle Bd la Faculté d'istitut de
Tél: 05.22.20.69.43 / 05.22.20.71.91 / 05.22.20.77.68 /
INPE: 091042911 / 05.22.20.77.68 /
Fax: 0522 20 69 43 / My Youssef de
Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 68 / Fax : 0522 20 71 91
En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 0522 36 74 05

Doct

290/30

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