

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

complémentaire
Déclaration de Maladie
N° P19- 0041888

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : OUHAFSA Med
Date de naissance : 1-1-1952
Adresse : 3, lots les Figueurs - Ain Sebba
Tél. : 06 65 10 33 02 Total des frais engagés : 1229,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : Age : 19 ans

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 : 14 / 2 / 20

Signature de l'adhérent(e) :

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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, 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 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.

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 len° A-A-101/2014

réf : 14 / 0102 / V 0506

ATLANTA
ASSURANCES

شركة التامين و اعادة التامين املانطا
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 :

204/031

N° d'adhérent :

86

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) :

ELKHAYAT TANRA

Prénom du patient (e) :

TAHRA

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

ADHERENTE

Montant des frais exposés (en DH) :

1228,20 DHS

A :

El Khayat

le 24-1-20

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 RÉSERVÉ À 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) : EL KHAYAT HASSAN

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie(*) : S. Scl. H. A. A. D. O. R. L.

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances: *2008/08/28*

(*) : 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.

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTA- TION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDICINS TRAITANTS	06/01/2020			100,00	
PHARMACIE	06/01/2020			329,20	<p>Dr. TOUABTI BAKHOUCHE 405, Mansour IN AL H Sidi Bernoussi DOCTEUR EN MEDECINE 411-413 Av. Sidi Bernoussi 20191 020 73 30 30</p> <p>PHARMACIE Sidi Bernoussi Casablanca</p>
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX	01/1/20			300,7	<p>PARA MEDICAL Personnel : 0277... 01/01/2020 Email : ParaMedical@... t.fr</p>
OPTICIEN					

FEUILLE DENTAIRE

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

DEVIS

EXÉCUTION

Etabli le :

Commencé le :

Terminé le :

SCHEMA DENTAIRE

(à remplir SVP)

[illegible]

COÛT 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

N° règlement : 2020014622

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE



Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Ste contractante : RENAULT COMMERCE

Soin du : 06/01/2020

Adhésion n° : 00000086

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Sinistre n° : 040.2020.00026191

Malade : Lui même

Déclaré le : 05/02/2020

Date décision : 07/02/2020

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Reçu le : 05/02/2020

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*1) Pharmacie	829.20	79.50	749.70	80.00	599.76
CONSULTATION DE GENERALISTE	100.00	0.00	100.00	80.00	80.00
(*2) Pharmacie	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
Totaux	1 229.20	79.50	1 149.70		919.76
Dossier n° : Règlement compagnie (Dhs)					919.76

Observation(s) :

(*2) APIXOL NR

(*2) APIXOL NR

Signature Adhérent(e)

Docteur Fatiha TOUABI DAKHCH

MEDECINE GENERALE

405, Avenue (H) - Mansour 3

Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05

Tél : 05 22.73.11.28

الدكتورة فتيحة توابي الشخص

الطب العام

405, شارع (H) منصور 3

سيدي البرنوصي - الدار البيضاء 05

الهاتف : 05 22.73.11.28

Casablanca, le 06/07/2016

EL KHAYAT

Signature

Normid 307

U.S. 10

89.20

34.1

79.10

829.20

Dr. Fatiha KHAYAT
Docteur en Pharmacie
411-413 Av. Sidi Bernoussi
Casablanca 05 22 73 11 28

Dr. Fatiha DAKHCH
405, Mansour III Av. H
Sidi Bernoussi
05 22 73 11 28

ou un gonflement localisé (oedème)

Docteur Fatiha TOUABI DAKHCH

MEDECINE GENERALE

405, Avenue (H) - Mansour 3

Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05

Tél. : 05 22.73.11.28

الدكتورة فتيحة توابي الضعيف

الطب العام

405, شارع (H) منصور 3

سیدی البرنوصی - الدار البيضاء 05

الهاتف : 05 22. 73. 11.28

Casablanca, le ١٥ - ٥ - ١٩٦٢ الدار البيضاء في

7-22 1944

TRAIL.

2001/27

Bonhe Colm $\frac{1}{2}$

~~PASS~~

DR. TOUABI DAKHCH Fatma
405, Mansour III Av. H
Sidi Bernoussi
CASABLANCA

FACTURE N°

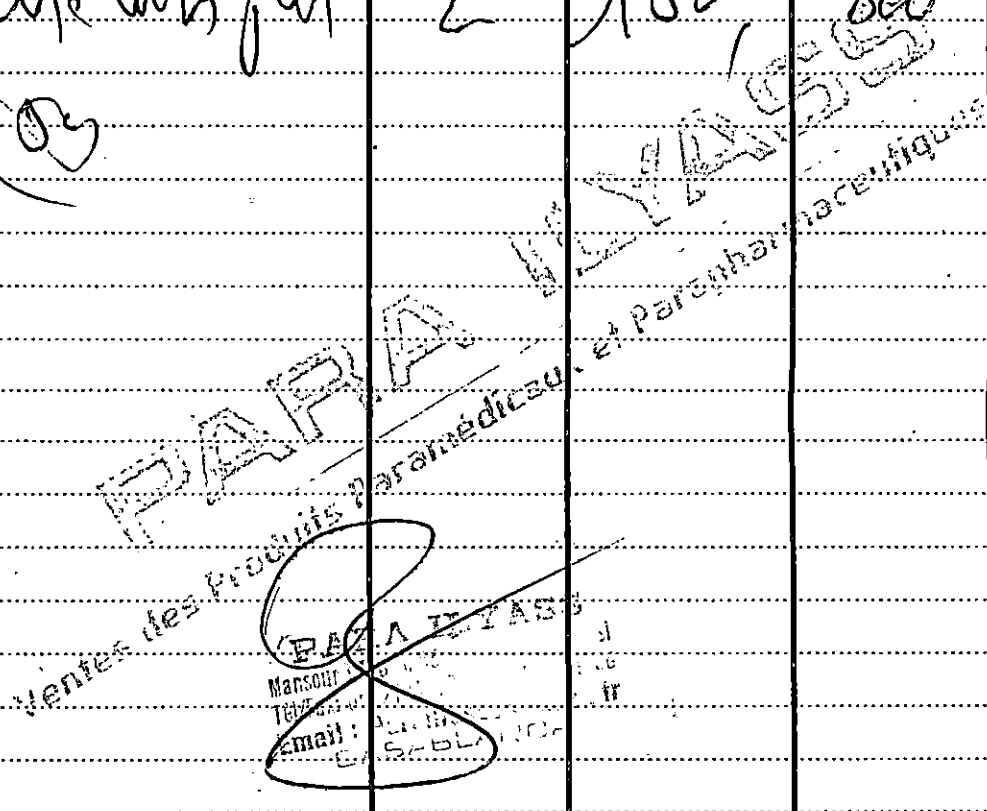
10/20

CLIENT:

ELKHATTAHRA

DATE:

9/11/20

Réf.	Désignation	Quantité	Prix U T.T.C	Total T.T.C
	Burlelle wh ph CO	2	100	200
				

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
		200	200

Arrêtée la présente facture à la somme de :