

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.

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 6794

Société : RAM Rehoulé

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUAHAFSA Med

Date de naissance : 1-1-1952

Adresse : Ain Sebaa

Tél. 06.65.10.33.02 Total des frais engagés : 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 :

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 : / /

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.

Réf : 14/0102/V0506



شراكة التأمينية و إمدادات الـ آتلانتا
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 : 26
N° d'adhérent :	

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)	
Nom et prénom de l'adhérent (e) : ECHNOATTA N RA	
Prénom du patient (e) : TANRA	
Lien-de-parenté du patient (e) avec l'adhérent : ADHERENTE	
Montant des frais exposés (en DH) : 102,20 DA	
A : ESSAOUIRA le 12/12/16 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 À LA COMPAGNIE	
N° de sinistre	Appréciation du médecin conseil

A REMPLIR PAR LE MEDICIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : Lehaque Yvra

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^(*)

Mr. M. H. G. *Journaliste* 2, Bd. My... 2-20776

Docu Spec. Bd. Anf. 69 43/0521

(*) : 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 FACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHE DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	0/02/2020	C Ler		300 500	Docteur M'hamed Spécialiste O.R.L. Angle Bd. Anfa & Bd. My Youssef Tel: 0522 20 69 43/0522 20 77 61
PHARMACIE	1/2/22			302.2	Docteur M'hamed CHRAIBI Angle Bd. Anfa & Bd. My Youssef Tel: 0522 20 69 43/0522 20 77 61
AUXILIAIRES MEDICAUX					Docteur M'hamed Spécialiste O.R.L. Angle Bd. Anfa & Bd. My Youssef Tel: 0522 20 69 43/0522 20 77 61
OPTICIEN	/				Docteur M'hamed Spécialiste O.R.L. Angle Bd. Anfa & Bd. My Youssef Tel: 0522 20 69 43/0522 20 77 61

N° règlement : 2020019087

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 : 27/02/2020

Soin du : 10/02/2020
Sinistre n° : 040.2020.00065240
Date décision : 27/02/2020
Reçu le : 26/02/2020

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	302.20	0.00	302.20	80.00	241.76
ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE	500.00	0.00	500.00	80.00	400.00
Totaux	1 102.20	0.00	1 102.20		881.76
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			881.76

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

الكتور سعد السريري

Docteur M'hamed CHRAIBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Problème de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'ORL

[Micro-Chirurgie de l'Oreille](#) [Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus](#)

Implant Cochléaire

Réduction des vertiges et troubles de l'équilibre

CASABLANCA Le 10/02/2020,

Madame OUHAFSA Tahra

- 1) HISTANORM 10 mg (BTE 30 CP)
1 comprimé le soir 1 MOIS
 - 2) CEFUTIL 500 mg A^oS
1 comprimé matin et soir
 - 3) VASCOR 35 MG A^oS
1 comprimé matin et soir 1 MOIS

SEFLOUI KHAYATEY
Docteur en Pharmacie
411 - 413 Av Souhaib Erroumi - S.Bernoussi
Tel: 022 73 32 56 - Casablanca

Docteur M'hamed CHRAIBI
Spécialiste O.R.A.
17, Angle Bd. Ante 1. Rd. 42.
Tel: 0522 20 69 43/0522 20 77 67
Centre N° 1
M.Y. Youssef

Résidence Roïa : 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2^{ème} 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



Casablanca, le 10.02.2020

Le Docteur

Prie M. Ouhafsa Tahra

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente
suivant l'usage sa note d'honoraires pour.....

Audoframme Impédancemètre

525

S'élevant à la somme de 500, Dhs.

Cin P Ceu Mr

Docteur M'hamed CHRAIBI
Spécialiste O.R.L.
47, Angle Bd. Anfa & Bd. Mly Youssef
Tél: 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67
Casablanca

Résidence Roia 47, Angle Bd.d'Anfa & Bd. Mly Youssef - 2ème étage - Casablanca
Tél. Cabinet : 05 22 20 69 43 & 05 22 20 77 67/68 - Fax : 05 22 20 71 91

Cabinet du Docteur M'hamed CHRAIBI
Explorations Fonctionnelles
Madame ESSEFFAR Soumeya
Audiométriste Diplômée de Bordeaux

AUDIOGRAMME

Nom : OLHAFFA Prénom : TAHIA

Date de naissance : _____ Profession : _____

Adresse : _____

Médecin traitant : _____ 10/2/2020

Observations : _____

Docteur M'hamed CHRAIBI
Spécialiste O.R.L.
47, Angle Bd. Anfa & Bd. Mly Youssef
Tél: 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67
Casablanca

- O.D. : Trait Rouge
- O.G. : Trait Bleu
- + Appareil : Pointillé

EPREUVES VOCALES

