

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 canaux, 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 canaux.

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'Indépendance - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



complémentaire
Déclaration de Maladie

N° P19- 046558

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Rehoite

Nom & Prénom : OUAHAFSA Med

Date de naissance : 1.1.1952

Adresse : Ain Sebaou -

Tél. 06.6510.3302 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.

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-101/2017



شركة التأمين وإعادة التأمين
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 :

N° d'adhérent : **86**

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : **ECKHART TANRA**

Prénom du patient (e) : **TANRA**

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

Montant des frais exposés (en DH) : **102,20 DA**

A : **CSSOCEUR** le **12/2/20** 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

réf : 14/0102/V0506

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) : Quhapes Wira

Age du patient (e) : _____ Date des soins : _____

Nature de la maladie (*) : Affectation

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

Docteur M'hamed CHRAÏBI
 Spécialiste O.R.L.
 Angle Bd. Anfo & Bd. My. Tousselt
 Tel: 0522 20 69 43/0522 20 77 67

(*) : 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	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHE DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	01/02/2020	G K2R		300 500	Docteur M'hamed CHRAÏBI Spécialiste O.R.L. Angle Bd. Anfo & Bd. My. Tousselt Tel: 0522 20 69 43/0522 20 77 67
PHARMACIE	01/12/2020	2		302	Docteur M'hamed CHRAÏBI Spécialiste O.R.L. Angle Bd. Anfo & Bd. My. Tousselt Tel: 0522 20 69 43/0522 20 77 67
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					Docteur M'hamed CHRAÏBI Spécialiste O.R.L. Angle Bd. Anfo & Bd. My. Tousselt Tel: 0522 20 69 43/0522 20 77 67
AUXILIAIRES MEDICAUX					Docteur M'hamed CHRAÏBI Spécialiste O.R.L. Angle Bd. Anfo & Bd. My. Tousselt Tel: 0522 20 69 43/0522 20 77 67
OPTICIEN					Docteur M'hamed CHRAÏBI Spécialiste O.R.L. Angle Bd. Anfo & Bd. My. Tousselt Tel: 0522 20 69 43/0522 20 77 67

FEUILLE DENTAIRE

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

☐ DEVIS

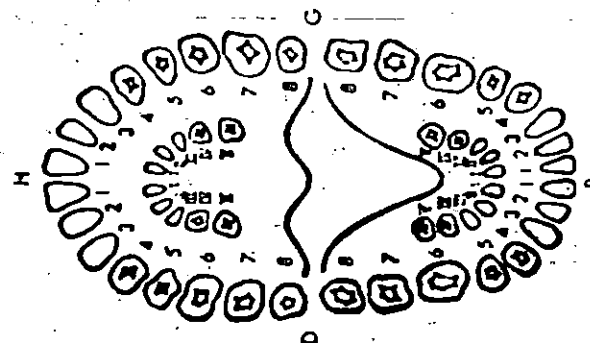
Etabli le : _____

☐ EXÉCUTION

Commencé le : _____

Terminé le : _____

SCHEMA DENTAIRE
(à remplir SVP)



SOINS

PROTHESE ET ODF

Date

Dents traitées

Nature de l'acte

Coût

Nature de la prothèse ou semestrier de l'ODF

Coût prothèse

COUT GLOBAL DES SOINS

COUT GLOBAL DE LA PROTHESE OU DE L'ODF

DH :

Avis du médecin conseil de la Compagnie

Cachet et signature du praticien

N° règlement : 2020019087

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE



Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Ste contractante : RENAULT COMMERCE

Soin du : 10/02/2020

Adhésion n° : 00000086

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Sinistre n° : 040.2020.00065240

Malade : Lui même

Déclaré le : 27/02/2020

Date décision : 27/02/2020

Numéro RIB : 013780010032184320013948

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)

الدكتور محمد خرايبي

Docteur M'hamed CHRAIBI

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 Cochleaire

Reéducation des vertiges et troubles de l'équilibre

CASABLANCA Le 10/02/2020,

Madame OUHAFFA Tahra

58.5
1) HISTANORM 10 mg (BTE 30 CP) 1's

1 comprimé le soir 1 MOIS

2) CEFUTIL 500 mg 1's

1 comprimé matin et soir

3) VASCOR 35 MG 1's

1 comprimé matin et soir 3 MOIS

صيدلية هاجمة الخبير
SEFRIQUI KHAYATEY
Docteur en Pharmacie
41 - 413 Av. Souahb Erroumi - S. Bernoussi
Tel: 022 73 32 56 - Casablanca

302.20
Docteur M'hamed CHRAIBI
Spécialiste O.R.L.
17, Angle Bd. Anfa & Bd. My Youssef
Tél: 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67-68

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



Casablanca, le : 10.02.2020

Le Docteur

Prie M. Ouafsa Tahra

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente

suivant l'usage sa note d'honoraires pour

Audiogramme Impédancemétrie

625

S'élevant à la somme de 500, Dhs.

Cinq Cents Mr

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

Résidence Roïa 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 Mohamed CHRAÏBI

Explorations Fonctionnelles

Madame ESSEFFAR Soumeia

Audiométriste Diplômée de Bordeaux

AUDIOGRAMME

Nom : CHRAÏBI Prénom : TAMRA

Date de naissance : _____ Profession : _____

Adresse : _____

Médecin traitant : _____ 10/2/2020

Observations : _____

Docteur Mohamed CHRAÏBI
Spécialiste O.R.L.
47, Angle Bd. Anfa & Bd. Mly Youssef
Tél. 05 22 20 69 43 / 05 22 20 77 67
- Casablanca -

Résidence Roïa : 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. Mly Youssef - 2^{ème} étage - Casablanca
Email : chraibi.ori@gmail.com - Tél. Cabinet : 05 22 20 69 43 / 05 22 20 77 67 - Fax : 05 22 20 71 91

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

EPREUVES VOCALES

