

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

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.

N° W19-586841

Dossier pour complément

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	6042	Société :	RAM 54070
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BENABDERRAZIK KARIMA
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés :	
Dhs			

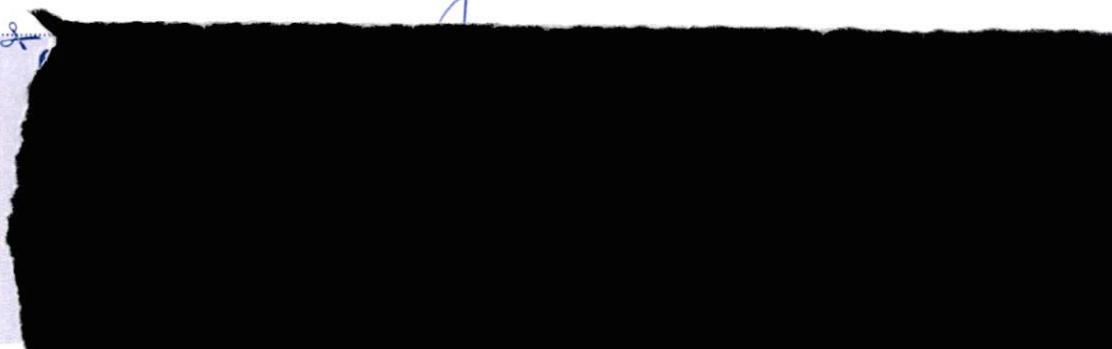
Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Age:	
Nature de la maladie :	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :	
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 : 31/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /



RÉGIME COLLECTIF DE PRÉVOYANCE
Assurance Maladie - Maternité

Extrait des conditions générales

Règlement des prestations et remise des pièces justificatives

En cas de maladie ou d'accident couvrant pour l'Assuré le droit à un remboursement, celui-ci est tenu de remettre à l'Assureur par l'intermédiaire de la Contractante, dans les 30 jours qui suivent la première visite du médecin, une déclaration sur un imprimé fourni par l'Assureur.

Toutes pièces concernant une maladie ou un accident doivent être remises à l'Assureur trois mois au plus tard après la date de consultation.

Si les soins durent plus de 3 mois, l'assuré est tenu d'adresser à l'Assureur une facture partielle au

plus tard à la fin de chaque mois suivant chaque période de 3 mois.

Les pièces comportant des indications confidentielles sur les maladies sont transmises sous pli cacheté à l'intention du Médecin Conseil.

Prescriptions diverses

1 Lorsque la personne traitée bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à l'Assureur les photocopies des pièces justificatives et l'original du décompte de règlement délivré par l'organisme payeur.

2 Les factures de pharmacie, notes de frais d'analyses ou traitements spéciaux doivent toujours être accompagnées des ordonnances du médecin qui les a prescrites.

3 Les vignettes Prix Public de Vente «PPV» concernant les médicaments doivent être jointes aux ordonnances.

4 Pour les extractions multiples au dessus de 5 dents, les soins en série, parodontoses et radios (plus de 2 par séance), l'accord préalable de l'Assureur est requis.

5 L'indemnité forfaitaire couvrant les frais de grossesse et de maternité est payable sur présentation d'un extrait d'acte de naissance.

6 Toutes pièces justificatives remises à l'occasion d'un sinistre sont conservées par l'Assureur.

7 En cas d'intervention chirurgicale, faire indiquer sur la note de la clinique :
 * les honoraires du chirurgien ainsi que le coefficient K correspondant à l'intervention,
 * la ventilation des frais annexes, aides, anesthésie, etc.,
 * le nombre de jours d'hospitalisation,
 * le détail des fournitures pharmaceutiques.

L'établissement de la déclaration de sinistre s'impose par personne traitée et par événement (Maladie ou Accident).

À remplir par la contractante

Cachet de la contractante

Numéro de police

Numéro d'affiliation de l'assuré

À remplir par l'assuré(e)

Nom et Prénom de l'assuré

LAOUFI SIF·EDDINE

Date des soins

07.08.20

Montant des frais exposés (DH)

2758,50 DH

Signature de l'assuré(e)

faut

À remplir par le médecin traitant

Nom et Prénom de la personne traitée

Laofin

Sifeddine

Age

11.6

Lien de parenté avec l'assuré

Date de la première visite du médecin

31

Nature de la maladie ou de l'accident

Hypertension

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

Durée approximative de l'incapacité et des soins

31

Signature et cachet du médecin

A

CAB

Dr. Hamza BENNOUAF
 Cardiologue
 Bd. Abdellah Benkoufi et le Dr. Abdelmalek
 CASABLANCA
 Tél. 05 22 80 39 39 / 32 79

Le

07 AOUT 2020

Réserve à l'assureur

Code gestionnaire

Montant remboursé (DH)

N° d'enregistrement

échéance de frais d'honoraires

Les actes	Nature des actes	Nombre et coefficient	Montant détaillé des honoraires (DH)	Cachet et signature du médecin praticien
7 AOUT 2020	Opérations	-	300,00	Hamza BENNOUNA Cardiologue 3d. Abdelmoumen et Rue Abdelmalek CASABLANCA Tél. 05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39
10 AOUT 2020	Consultation Cardiologique	-	1000,00	Dr. Hamza BENNOUNA Cardiologue 3d. Abdelmoumen et Rue Abdelmalek CASABLANCA Tél. 05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39

cution des ordonnances

t du pharmacien ou du fournisseur

Montant de la facture (DH)

1043,00

Analyses - Radiographies

Le 08/08/2020	Désignation des coefficients	Montant des honoraires (DH)	Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue
	B313	400,00	

es Médicaux ou Para Médicaux - Auxiliaires Médicaux

Les	Coefficients	AM	Nombre PC	IV	Montant détaillé des honoraires (DH)	Cachet et signature du praticien

Docteur Hamza BENNOUNA

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialistes et Pathologie Cardiaque et Vasculaire (Nancy)

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Nancy

Diplômé en Echographie et doppler Cardiaque et Vasculaire (Nancy)

Capacité d'Aide Médicale Urgente (Nancy)

Capacité de Médecine de Catastrophe (Nancy)

الدكتور حمزة بنونة

خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات نانسي

خريج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خريج في طب المستعجلات بنانسي

07 AOUT 2020

Casablanca, le : الدار البيضاء ، في :

10 Moisir سبتمبر

168,80 X 6

Ricardis 40

1 - 0 - 1

Vitadec 40

0 - 1 - 0

30,70

1043,00

par 3 m.

Dr. Hamza BENNOUNA
Cardiologue
3d. Abdelmoumen et Rue Abdelmalek

إقامة هشام، زاويه 3695 ع زقة عبد المالك أبو مروان - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39

Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abou Marouane - CASABLANCA

Généré Par Youness Jadid

NEXTCARE MAROC

NEXTCARE MAROC
 209, Boulevard d'Anta, 5ème étage, N 15, Maarif
 Casablanca
 24 Heure Centre d'appels
 Tel: 212-52-2950433 Fax: 0522 36 06 11
 Email:

**Détails du Décompte de Remboursement*****T45D2ID10376156***

Payeur:	Allianz Maroc	Date:	07/09/2020
Police:	SANAD ASSUANCES	Police #:	1403471
Sous Contrat:	SANAD ASSUANCES	Matricule	328
Adhérent:	SIF EDDINE LAOUFIR	Carte #:	8273-6EED-64FC-7F0F
Transaction #:	12082054	OP #:	10376156

Bordereau #:	9254397	Date Réception:	28/08/2020	Libellé:	1403471 - SANAD
--------------	---------	-----------------	------------	----------	-----------------

Cher(e) **SIF EDDINE LAOUFIR**

Merci de nous avoir envoyé votre demande de remboursement. Veuillez trouver ci-dessous le détail des paiements selon les conditions et les termes de votre contrat.

Bénéficiaire: SIF EDDINE LAOUFIR **Carte #:** 8273-6EED-64FC-7F0F
Produit: SANAD ASSURANCES

Référence #	Secondary Ref #	Date	Fournisseur	Réclamé	Approuvé	Franchise	Co-part	PP Share	Remboursés	Dev
NCRM01698 63/1		07/08/20	Prestataire non	2 758,50	2 758,50	0,00	275,85	0,00	2 482,65	MAD
Consultations-CONSULTATION SPECIALISTE(1)				300.00	300.00	0.00	30.00	0.00	270.00	
Radiologie-TRAITEMENT SPECIAL (KE)(1)				1.000,00	1.000,00	0,00	100,00	0,00	900,00	
Analyses Biologiques-Analyse ordinaire (B)(1)				415,00	415,00	0,00	41,50	0,00	373,50	
Pharmacie et Vaccinations-PHARMACIE ORDINAIRE(1)				1.043,50	1.043,50	0,00	104,35	0,00	939,15	
SUB-TOTALS				2 758,50	2 758,50	0,00	275,85	0,00	2 482,65	MAD

Sous-Total	2 482,65 MAD	Equivalent de	2 482,65 MAD
-------------------	---------------------	----------------------	---------------------

Allianz Maroc**2 482,65 MAD**Payer à: **SIF EDDINE LAOUFIR**Le montant de: **deux Mille quatre cent quatre-vingt-deux Dirham Marocains soixante-cinq Centimes**

OP Remboursement # 10376156, Transaction # 12082054

04/09/2020

T45D3ID12082054