

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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.

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 053975

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2389 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN SALEM IBRAHIM

Date de naissance : 18/02/50

Adresse : 7, Rue d'Alger

Tél. : 0662472089 Total des frais engagés : 322,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 / 11 / 20

Nom et prénom du malade : JAWAD ZOHRA Age : 62

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 : CASABLANCA Le : 11 / 02 / 2011

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-101/2014

ATLANTA
ASSURANCES

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

20, Rue Theophile Gauthier
Casablanca 20.000 6
05 22 70 03 34 Fax: 05 22 20 24 6

N° de police :

1866

N° d'adhérent :

90

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) :

JAWAD ZAHRA

Prénom du patient (e) :

ZAHRA

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

elle-même

Montant des frais exposés (en DH) :

322,60

A :

Wasef

le 13, 11, 2020

Signature de l'adhérent (e) :

[Signature]

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
05 22 70 03 34 Fax: 05 22 20 24 6

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

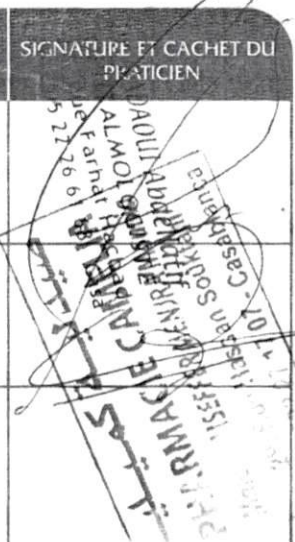
Nom et prénom du patient (e) : JAWAD JOURNA

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie : Affection dentaire

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

(*) : 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 CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	13-11-2020	E		300,00	
PHARMACIE	13/11/20			22,60	
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

FEUILLE DENTAIRE

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

☐ DEVIS

☐ EXÉCUTION

Etabli le :

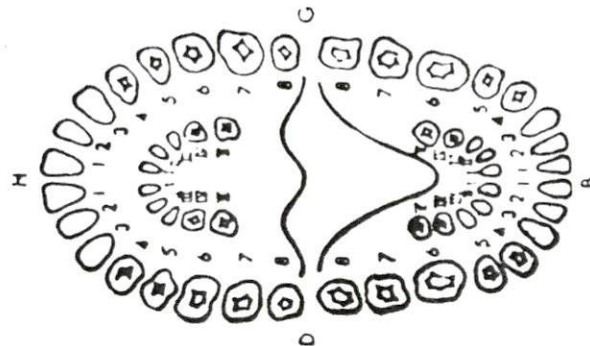
Commencé le :

Terminé le :

Traitement

SOINS

PROTHESE ET ODF



Date

Dents traitées

Nature de l'acte

Coef.

Nature de la prothèse ou semestre de l'ODF

Cotation

COUT GLOBAL DES SOINS DH :

COUT GLOBAL DE LA PROTHESE OU DE L'ODF DH :

Avis du médecin conseil de la Compagnie

Cachet et signature du praticien



AtlantaSanad
ASSURANCE

N° règlement : 2021004240

DECOMPTÉ DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2018.00000066-01

Ste contractante : SOCIETE NCRM RETRAITE

Soin du : 13/11/2020

Adhésion n° : 00000090

Adhérent(e) : JAWAD ZOHRA

Sinistre n° : 040.2020.00469116

Malade : Lui même

Déclaré le : 30/11/2020

Date décision : 03/12/2020

Numéro RIB : 007780000000123230356331

Reçu le : 24/11/2020

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	22.60	0.00	22.60	85.00	19.21
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	85.00	255.00
Totaux	322.60	0.00	322.60		274.21
Dossier n° : Règlement compagnie (Dhs)					274.21

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

DR BADAOUÏ ABDELLATIF

Ophtalmologiste spécialiste de la chirurgie de la cataracte et de la correction visuelle au laser des myopies, astigmatismes, hypermétropies et presbytie

Diplômé de la faculté de médecine de Montpellier
Ex-attaché de l'hôpital des quinze-vingt à Paris

الدكتور بدوي عبد اللطيف

اختصاصي في جراحة العيون المياه البيضاء
و تصحيح البصر بالليزر عن بعد أو عن قرب

خريج كلية مونبوليى بفرنسا
ملحق سابق بمستشفى فان - كانز بباريس

Casablanca, le 13/11/2020 في البيضاء

Madame JAWAD Zohra

22,60



- FLUCON

1 goutte, le matin et soir, dans les deux yeux, pendant 2 semaines

PHARMACIE CAMELIA
Hassan Soukani
7 77 07 - Casablanca

Dr. BADAOUÏ Abdelatif
OPHTALMOLOGISTE
27 Rue Ferhat Hachad
Tél.: 05 22 26 61 68





FLUCON
COLLYRE

LABORATOIRES ALCON
4, rue Henri Sainte-Claire Deville
F-92553 RUEIL-MALMAISON CEDEX

6 118001 070244
Flucon collyre de 3 ml
A.M.M. N° 103DMR21/NCV
Laboratoires Solenne
P.V. : 22,50 DHS
Remboursable AMO
406865

Fabriqué par
ALCON CUSI, S.A.
E-08320 El Masnou - Barcelone



l'intégralité de cette notice avant de prendre ce
Elle contient des informations importantes sur votre traitement.
d'autres questions, si vous avez un doute, demandez plus
à votre médecin ou à votre pharmacien.
notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
nes s'aggravent ou persistent, consultez un médecin.

ION DU MEDICAMENT

CON[®], collyre

tholone
ne 0,1 g
nzalkonium 0,01 g
inosodique, phosphate disodique anhydre, polysorbate 80,
sodium, tétracémate de sodium, alcool polyvinylique,
propylcellulose, acide chlorhydrique et/ou hydroxyde de
ster le pH, eau purifiée q.s.p. 100 ml

ACEUTIQUE
ompte-gouttes de 3 ml.

MACO-THERAPEUTIQUE

SE DU TITULAIRE / EXPLOITANT

e-Claire Deville
MALMAISON CEDEX

DU FABRICANT

Barcelone