

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

Education :

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



7155
78992
CA Complément

Déclaration de Maladie : N° S19-0004464

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12976 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL GSSIER Hajar Date de naissance : 13/10/1990

Adresse : Perle de M. Hammedia, Bd Abdelmoumen Appt 18 Imm B

Tél. : 0600.62.81.92 Total des frais engagés : Mohammedia 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 : Casablanca

Le : 18 MAI 2021

Signature de l'adhérent(e) :

V. Luy.



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0004464

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 12976

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 12/05/2021



CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion (Matricule) 11320

AtlantaSanad

Date de dépôt du dossier 09/03/21

Cachet Contractante

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale 21/83

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)

BETTIOUTI ZAKARIA

N° CIN

BE 750947

Nom et prénom du malade

JAD

Lien de parenté

FilsDate des soins 21/02/2021

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

781,50

Cadre réservé à Atlantasanad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : Matricule : CIN :

N° de police / N° de filiale : Numéro d'adhésion :

Frais exposés : dh Date de dépôt : /

N° de sinistre : Numéro de bordereau : Date des soins :
(si ouverture par système)6 RECOMMANDATIONS GENERALES
POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- ❶ Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
- ❷ Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
- ❸ 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 pratiques 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 pratiques, 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
- ❹ 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 tout examen de diagnostic.
- ❺ 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.).
- ❻ Lorsque la personne malade bénéfice 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.
- ❼ 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.

123456

NOM et Prénom du malade BETTAZOVIC Jad Ans 1
Nature de la maladie VACCIN
En cas d'Accident (Causes et Circonstances) None

DETAIL DES SOINS

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



AtlantaSanad
DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2021025527

Contrat n° : 004.2021.00000083-00

Ste contractante : OFPPT PERSONNEL ACTIF

Soin du : 27/02/2021

Adhésion n° : 00011320

Adhérent(e) : BETTIOUI ZAKARIA

Sinistre n° : 040.2021.00109855

Malade : E02 - JAD

Déclaré le : 17/03/2021

Date décision : 24/03/2021

Numéro RIB : 011793000014200000083643

Dr. régionale : DRIF-CASABLANCA-07

Reçu le : 17/03/2021

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*) Pharmacie	531.50	207.50	324.00	80.00	259.20
CONSULTATION DE SPECIALISTE	250.00	0.00	250.00	80.00	200.00
Totaux	781.50	207.50	574.00		459.20
Dossier n°	1397032	Règlement compagnie (Dhs)			459.20

Observation(s) :

(*) pediakid+apixol nr

Signature Adhérent(e)

