

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.

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.

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.

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



Déclaration de Maladie

Nº M21- 0005841

87675

Optique

complémentaire

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6042

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN ABDELLAH KARIMA

Date de naissance :

29/11/60

Adresse :

Tél. : 06 61 100 848 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 : CASABLANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 21/10/2021

[Handwritten signature]

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Indispensable d'établir une déclaration onne et par maladie.

vivement recommandé à l'adhérent de faire une photocopie de ses dossiers avant leur envoi à la Compagnie remboursement.

claration maladie doit être correctement remplie et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des agés : preuve médicale, prospectus & vignettes ou PPM des remboursements, ordonnances prescrivant les examens giques et/ou biologiques ainsi que résultats,

is d'hospitalisation, la facture clinique mentionnant la nature et éventuelle cotation des actes pratiqués accompagnées des notes d'honoraires, du détail de la date, des factures annexes ... etc.

s de soins ou de prothèse dentaires, le détail des actes pratiqués, leur coefficient ainsi que les numéros et positions des dates.

s de dossier de lunettes, l'ordonnance sur les lunettes précisant le degré de et la facture de l'opticien renseignée numéros de nomenclature des verres .

s de demande de prise en charge, faire figurer le devis d'hospitalisation d'un pli justifiant ladite hospitalisation et les soins et traitement envisagés ainsi qu'un examen de diagnostic.

s soumis à l'accord préalable de la compagnie : la prothèse dentaire, les extractions multiples de plus de 8 dents, les soins « (laser ... etc.) et les soins en série (reéducation ... etc.).

que la personne malade bénéficie du régime de prévoyance, l'assuré remettre à la Compagnie l'original du

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 1ere consultation, du règlement de l'Assureur de base ou de la date de naissance. Si les soins durant plus de trois mois, l'assuré est invité à présenter des factures partielles.

10 En cas de non présentation à une consultation 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 transmises à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

14 En cas d'accident, la présentation des causes et circonstances, date, heure, et lieu d'accident et transmettre éventuellement la copie du procès-verbal de la police ou de la gendarmerie en cas d'accident de la voie publique »

Conformément à la loi 09-08, vous disposez d'un droit d'accès, de

CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion

1000000000000000

Date de
Dépôt du dossier

Cachet Contractante

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

A remplir par l'assuré

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

LAOUFI SIF-EDDINE

N° CIN A0842

Nom et prénom du malade

Leïla M'hamed

Lien de parenté

Date des soins

08.09.2021

Signature de l'assuré

Leïla M'hamed

Montant des frais exposés

1.471,00 Dhs

Cadre réservé à Atlantasanal

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : Matricule : CIN :

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.1997.00000095-02

Ste contractante : ATLANTASANAD CADRES RETRAITES

Adhésion n° : 00001041

Adhérent(e) : LAOUFIR SIF-EDDINE

Soin du : 08/09/2021

Malade : Lui même

Déclaré le : 22/09/2021

Sinistre n° : 040.2021.00509679

Numéro RIB :

Date décision : 23/09/2021

Reçu le : 22/09/2021

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
BIOLOGIE MEDICALE	470.00	0.00	470.00	90.00	423.00
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	300.00	0.00	300.00	90.00	270.00
Pharmacie	701.40	0.00	701.40	100.00	701.40
Totaux	1 471.40	0.00	1 471.40		1 394.40

Dossier n° :

Règlement compagnie (Dhs)

1 394.40

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

Anoual

aboratoire de Biologie medicale
enetique moleculaire
dio immuno-analyse
agnostic Prenatal
ologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualificien

FACTURE N° 2109140026

Mr Sifeddine LAOUFIR

Demande N° 2109140026

Date de l'examen : 14-09-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	Cholestérol	B30	B
	CRP us	B100	B
	Triglycérides	B50	B
	LDL Dosage direct	B50	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	Acide Urique	B30	B
	Cholestérol HDL	B50	B

Total des B : 340

TOTAL DOSSIER : 470 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de quatre cent soixante-dix dirhams DH



I est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.

gie Bd. Anoual-Bd d'Alexandrie, Quartier des Hôpitaux-Casablanca - Tél. : 05.22.86.03.36 / 06 59 27 33 92 - Fax : 05.22.86.04.97
22.86.04.97 - 06 59 27 33 92 / 05 22.86.03.36

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

Casablanca, le : 08 SEP. 2021

M. Bennouna
Hamza Bennouna
Casablanca
Bennouna
Bennouna
Bennouna
Bennouna



إقامة هشام، زاوية شارع عبد المؤمن وزنقة عبد المالك أبيمروان - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39
Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmalek et Rue Abdelmalek Abou Marouane - CASABLANCA
Tél. : 05 22 86 39 39 - 05 22 86 38 38 - Uraences : 06 61 16 96 78 - E-mail : bennounachamza@yahoo.fr