

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.

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019



Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-655288

97686

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricle : 093A2		
Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : CHOUAL ABDEL GHANI		
Date de naissance : 11/11/1965		
Adresse :		
Tél. : Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : HIATY SIHAN	
Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Nouakchott

Le : 16/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :



AtlantaSanad
ASSURANCE
DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2021092409

Contrat n° : 004.2021.00000165-00
 Adhésion n° : 00000944
 Malade : Lui même
 Numéro RIB : 013787010102258890011707

Ste contractante : NOVEC
 Adhérent(e) : HIATY SIHAM
 Déclaré le : 21/10/2021
 Soin du : 06/10/2021
 Sinistre n° : 040.2021.00590557
 Date décision : 25/10/2021
 Reçu le : 18/10/2021

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE SPECIALISTE	250.00	0.00	250.00	90.00	225.00
(*) Pharmacie	457.40	95.00	362.40	90.00	326.16
Totaux	707.40	95.00	612.40		551.16
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			551.16

Observation(s) :

(*1) NEWFLEX.....: NON REMBOUSABLE

Signature Adhérent(e)




S_D_202149347-
1-8_R-2

**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 pratiqués accompagnée des notes d'honoraires, du détail de la pharmacie, des factures annexes ... etc.
 - en cas de soins ou de prothèse dentaire, 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 .
 - 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 de 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 spéculaux (laser ... etc.) et les soins en série (injections, reéducation ... etc.).
 - ❻ 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.
 - ❼ A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.
 - ❽ 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.
 - ❾ 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 durant plus de trois mois, l'assuré est invité à présenter des factures partielles.
 - ❿ 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.
 - ⓫ 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).
 - ⓬ Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.
 - ⓭ Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.
 - ⓮ 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 rectification et d'opposition au traitement de vos données personnelles. Ce traitement a été autorisé par la CNPD sous le n° A-A-101/2014

CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

 Numéro d'adhésion Date de
 AtlantaSanad Dépôt du dossier

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Numéro de Sinistre
(si ouverture par système)

Cachet Contractante

A remplir par l'assuré

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

HIAZY SIHAM

N° CIN

TA 11263

Nom et prénom du malade

HIAZY SIHAM

Lien de parenté

Mme mère

Date des soins

06/01/2021

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

*707,40 dh**SIHAM*
Cadre réservé à Atlantasanalad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

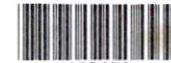
Volet détachable à présenter en cas de réclamation

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)

123456

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade

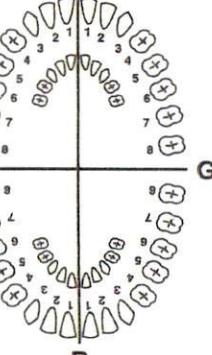
Nature de la maladie

En cas d'Accident (Causes et Circonstances)

Age : Ans

DETAIL DES SOINS

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

 <p>H</p> <p>D</p> <p>G</p> <p>B</p> <p>Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.</p>	<p><input type="radio"/> DEVIS</p> <p>Etabli le</p> <p><input type="radio"/> TRAITEMENT</p> <p>Commencé le</p> <p>Terminé le</p>			
S O I N S				P R O T H E S E
Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Crédit <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction
Montant des soins DH				Montant de la prothèse DH
Cachet et Signature du praticien (s'il s'agit d'un devis)				Cachet et Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins (et ou) de la prothèse

Docteur GHABRI Mohammed Rida

Spécialiste en Traumatologie
Orthopéde



Lauréat de la Faculté
de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

- Traitement et chirurgie des fractures et des lésions des tendons des membres
- Chirurgie des rhumatismes et des tumeurs des membres
- Traitement de l'arthrose par plasma riche en plaquettes (PRP) ou par pose de prothèses (Hanche, Genou)
- Traumatologie du sport
- Chirurgie arthroscopique
- Mal de dos et maladie de la colonne vertébrale

الدكتور غبري محمد رضا

اختصاصي في جراحة و تقويم
العظام و المفاصل

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

- علاج و جراحة كسور العظام و اصابات أوتار الأطراف
- جراحة الروماتيزم و أورام الأطراف
- علاج خشونة المفاصل بالبلاسما الفنية بالصفائح الدموية أو بالاستبدال الإصطناعي للمفاصل (الورك - الركبة)
- علاج الإصابات الرياضية
- الجراحة بالمنظار
- آلام و أمراض العمود الفقري

Mohammedia le : 06/10/2011

265,-
11,-
40,-
2,-
44,-
31,-
55,-
11,-

457,-

7,-
10,-
11,-
10,-
10,-
2,-

134.50 x 2
52.00 x 2

PHARMACIE ET ORTHOPEDIE
IBN NAFIS
Dr. KHATTOU Abdelkaim
33, Bd Mounastir Darb Rabat
Mohammedia = Tel/Fax : 05 23 30 36 36

شارع المقاومة تجربة الوحدة رقم 512، الطابق الأول شقة رقم 1 - المحطة
Bd El Moukawama N° 512, 1er Etage, Appt N°1, Mohammedia
Tel: 05 23 28 29 18
05 23 28 29 18
06 66 78 21 98 (Urgence)

GHABRI MOHAMMED RIDA
Spécialiste en Traumatologie et Orthopédie
شارع المقاومة تجربة الوحدة رقم 512، الطابق الأول شقة رقم 1 - المحطة
Bd El Moukawama N° 512, 1er Etage, Appt N°1, Mohammedia
Tel: 05 23 28 29 18
05 23 28 29 18
06 66 78 21 98 (Urgence)

Barcode: 091259002