

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



complément Déclaration de Maladie

N° M21- 040975

117736

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Rehaile

Nom & Prénom : OUAHAFSA Med

Date de naissance : 1-1-52

Adresse : 3 lot les Figues Aïn Sebba

Tél. : 06 65 10 3302 Total des frais engagés : 574,40 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 : 5/6/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER 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 PPV 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, reéducation ... 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 durant 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.

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 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



AtlantaSanad
ASSURANCE

AS0001577144/20

CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion

AtlantaSanad

Date de
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)

E L K H A Y A T T A N R A

N° CIN B349234

Nom et prénom du malade

E L K H A Y A T T A N R A

Lien de parenté

Date des soins

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

574,40 DHS

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 : E L K H A Y A T

Matricule :

CIN : B349234

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés :

574,40

Date de dépôt :

9/5/22

N° de sinistre :

Numéro de bordereau :

Date des soins :

(si ouverture par système)



AS0001577144/20

NOM et Prénom du malade **M. EL KASABY** Age : **38** Ans
 Nature de la maladie **accident de travail**
 En cas d'Accident (Causes et Circonstances) **accident de travail**

DETAIL DES SOINS

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION			EXECUTION DES ORDONNANCES		
Dates	Désignation suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de la pharmacie	Dates	Montant
16/04/20	Pharmacie	1000	Pharmacie EL KASABY Dr. EL KASABY N° 05 22 35 17 67	17/04/20	174.40

ANALYSES - RADIOLOGIE			ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX		
Dates	Coefficients	Montant	Dates	Désignations	Montant

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

Dr. GUENNOUNI ASSIMI NAZHA
 Gynécologue - Accouchement
 maladie du Sein
 Stérilité au Couple - Echographie
 Colposcopie
 Etude Cytogénétique
 Ex. Médecin à l'Hôpital Mohammed V
 Médecine de Travail de l'Université Paris VI (France)
 Diplôme de Coeliachirurgie
 de l'Université de Bordeaux (France)
 Assermentée aux Tribunaux de Casablanca

Casablanca Le **16/04/20** **22**

الدكتورة كنوني عاصمي نزهة
 اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
 الجراحة النسائية - أمراض الثدي
 علم الزوجين - الفحص بالصدى
 الفحص بالنسظار
 دراسة الخلايا الوراثية
 طبيبة سابقة بمستشفى محمد الخامس
 شهادتي في الطب التوليد من جامعة باريس فرنسا
 حاصلة على دبلوم الجراحة بالمعز
 من جامعة بوردو فرنسا
 معتمدة لدى محكمة الاستئناف بالدار البيضاء

78100
 96140
 T=174140

Pharmacie EL KASABY
 Dr. EL KASABY
 N° 05 22 35 17 67

Pharmacie EL KASABY
 Dr. EL KASABY
 N° 05 22 35 17 67

شارع العوام الكبير، 1 - الطابق الأول الشقة رقم 1، بلوك A - عمارة مولاي إدريس الأول - الدار البيضاء
 Bd. La Grande Ceinture, Rés. Al Mouahidine - 1^{er} Etage Appt. N° 1 Bloc A, Immeuble Moulay Idress 1^{er} - Casa
 المحمول: 05 22 35 17 67 - الهاتف: GSM: 06 61 10 72 32

N° règlement : 2022070159

Atlantic Sorad
ASSURANCE
DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Ste contractante : RENAULT COMMERCE MAROC

Adhésion n° : 00000086

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Soin du : 15/04/2022

Malade : Lui même

Déclaré le : 19/05/2022

Sinistre n° : 040.2022.00291835

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Date décision : 20/05/2022

Reçu le : 18/05/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*1) Pharmacie	174.40	78.00	96.40	80.00	77.12
(*2) CONSULTATION DE SPECIALISTE	400.00	100.00	300.00	80.00	240.00
Totaux	574.40	178.00	396.40		317.12
Dossier n° :			Règlement compagnie (Dhs)		317.12

Observation(s) :

(*1) NR/SAFORELLE 78.00 DH

(*2) CONS.SP. 300 DH

Signature Adhérent(e)