

**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

- 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



complémentaire
Déclaration de Maladie

M22- 0018715

Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM 125338

Actif Pensionné(e) Autre : Retraite

Nom & Prénom : OUHAFSA Med

Date de naissance : 11/52

Adresse : 3 lots les Figueurs Ain Sebaï

Tél. : 0665.10.3302 Total des frais engagés : 120.00 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 :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : Le : 8/8/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

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

A remplir par la contractante

| | |
|--|-----------------------------|
| Numéro d'adhésion AtlantaSanad | Date de Dépôt du dossier |
| Numéro de bordereau | 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) ECKHAYAT TANRA | N° CIN B349234 |
| Nom et prénom du malade ECKHAYAT TANRA | Lien de parenté |
| Date des soins 24/5/22 | Signature de l'assuré |
| Montant des frais exposés 120,60 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 : ECKHAYAT | Matricule : | CIN : B349234 |
| N° de police / N° de filiale : | Numéro d'adhésion : | |
| Frais exposés 120,60 dh | Date de dépôt : | |
| N° de sinistre : | Numéro de bordereau : | Date des soins : |
| (si ouverture par système) | | |



A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade Tahra El Khayat Age : Ans
 Nature de la maladie Goualgies + dds plantaires
 En cas d'Accident (Causes et Circonstances)

DETAIL DES SOINS

| CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION | | | | EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|----------------------------------|--------------|--|--------------------------------|---------|---------------------|
| Dates | Désignation Suivant nomenclature | Montant Payé | Cachet et Signature du praticien ou de l'Et. hospitalier | Dates | Montant | Cachet de Pharmacie |
| 24/5/2022 | C2 | 300,00 | | 24/07/22 | 80,40 | |
| | | | | ANALYSES - RADIOGRAPHES | | |
| Dates | Coefficients | Montant | Cachet et Signature du praticien | | | |
| | | | | ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX | | |
| Dates | Désignations | Montant | Cachet et Signature du praticien | | | |
| | | | | | | |

CLINIQUE D'ALCAZINE
 Mg. Bd Moulaye, Rue B Jhary
 CASA Tél: 0522 94 21 66
 Fax: 0522 94 21 28

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

| | | | | | |
|---|--|-------------------------|--|------------------------------|---|
| <p>Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.</p> | <input type="radio"/> DEVIS Etabli le | | <input type="radio"/> TRAITEMENT Commencé le Terminé le | | |
| | SOINS | | | PROTHESE | |
| | Dates | Dents traitées | Nature de l'intervention | Coefficient | Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction |
| Partie réservée au contrôle | | 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 | | |



DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2022080498

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Adhésion n° : 00000086

Malade : Lui même

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Ste contractante : RENAULT COMMERCE MAROC

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Déclaré le : 10/06/2022

Soin du : 24/05/2022

Sinistre n° : 040.2022.00348138

Date décision : 13/06/2022

Reçu le : 09/06/2022

| Nature Prestation | Frais Engagés (Dhs) | Remboursement | | | |
|------------------------------|---------------------|------------------|-----------------|-------------|---------------------|
| | | Mnt.Retenu (Dhs) | Base Remb.(Dhs) | Tx(%) /Val. | Mnt.Remboursé (Dhs) |
| CONSULTATION DE SPECIALISTE | 300.00 | 0.00 | 300.00 | 80.00 | 240.00 |
| (*1) Pharmacie | 820.40 | 498.00 | 322.40 | 80.00 | 257.92 |
| Totaux | 1 120.40 | 498.00 | 622.40 | | 497.92 |
| Dossier n° : AS0001578866/20 | | | | | 497.92 |
| Règlement compagnie (Dhs) | | | | | |

Observation(s) :

(*1) NR/ARTIMAX X2

Signature Adhérent(e)

CLINIQUE RACINE
Multidisciplinaire



مصححة راسين
متعددة الاختصاصات

CLINIQUE RACINE
Bd Massira - Casablanca
Dr. Mohamed Mekouar
INPE 092050814

الدار البيضاء، في: 24/5/2022
sablanca, le :

1.820,40
=

Tahra El Khayat.

249100 x 2

S.V

* Artimax

1 gel x 2/j (3 mois)

160100

* Dulophi 30mg.

S.V

28180 x 2 Cp 1/j (3 mois)

S.V

* Vitaneuril fort 1 Cp x 2/j (2 mois)

2100

* Voltarene 50mg (suppo)

S.V

2180 1 suppo le soir (si dl)

Clinique Racine - Bd Massira - Casablanca - Tél.: 05 22 94 22 66 / 94 21 43 / 36 24 53 / 36 22 42

Fax : 05 22 94 21 28 / 05 22 36 25 31 - Patente : 35714435 - C.N.S.S.: 6496609

* Oedès : 1 gel le soir (14 j)