

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.



complémentaire
Déclaration de Maladie

M22- 0018700

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Rehaite

Nom & Prénom : OUHAFA SA Med

Date de naissance : 1.1.52

Adresse : 3 lots de Figuiers Ain Sebae

Tél. : 0665103302

Total des frais engagés : 1950,90

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) :

Adresses Mails utiles

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

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

CONVENTION GRO.



Atlantasanad
ASSURANCE



AS0001577147/20

S_D_202233809
1-6

DE MALADIE
(par personne)

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)

N° CIN 8349234

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

Date des soins

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

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 : ELKHAYAT TANRA

Matricule : CIN 8349234

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés : 1960,90 DH

Date de dépôt : 6/7/2022

N° de sinistre :

Numéro de bordereau :

Date des soins :

(si ouverture par système)



AS0001577147/20

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade

Nature de la maladie

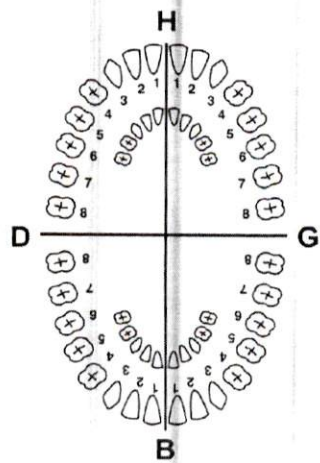
En cas d'Accident (Causes et Circonstances)

Ans

DETAIL DES SOINS

[illegible]

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

 <p style="margin-top: 10px;">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		
	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"/> 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 la paiement des soins (et ou) de la prothèse	



AtlantaSanad
ASSURANCE

N° règlement : 2022095086

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 : 04/07/2022

Malade : Lui même

Déclaré le : 18/07/2022

Sinistre n° : 040.2022.00439488

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Date décision : 19/07/2022

Reçu le : 14/07/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*) Pharmacie	1 360.90	0.00	1 360.90	80.00	1 088.72
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
(*) Pharmacie	300.00	79.00	221.00	80.00	176.80
Totaux	1 960.90	79.00	1 881.90		1 505.52
Dossier n° :			Règlement compagnie (Dhs)		1 505.52

Observation(s) :

(*) boflex gel

(*) boflex gel

Signature Adhérent(e)

Docteur Bennani Abdelilah

Cabinet Médical spécialisé en :

- ENDOCRINOLOGIE
- DIABETE
- NUTRITION

(Sur Rendez-Vous)



الطبيب بناني عبد الله

عيادة متخصصة في :

- أمراض الغدد الهرمونية

- السكري

- التغذية

(بالموعد)

Casablanca, le :

Docteur Bennani Abdelilah
Spécialiste
ENDOCRINOLOGIE - DIABETE - NUTRITION
443, Bd. Mohammed V
Tél : 05 22 40 33 34 - Casablanca
INP : 09 10 244 89

4 / 7 / 22

collec médical
(sur)

n° 2 L Klagel. TCHRA

diabète (DID)

meuble en bois sur pied

mobilier régulier et de bon goût

Docteur Bennani Abdelilah
Spécialiste
ENDOCRINOLOGIE - DIABETE - NUTRITION
443, Bd. Mohammed V
Tél : 05 22 40 33 34 - Casablanca
INP : 09 10 244 89

Horaire de Consultation:

Lundi - Vendredi : 9h - 17h

Samedi (matinée) : 9h - 13h



PARA ILYASS

Vente des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

Client :

OLKHAYAT
TARRA

FACTURE N° 167/20

DATE :

RE N° 167/22
6/2/22

Réf.	Désignation	Quantité	Prix U T.T.C	Total T.TC
	beurteilt er / 03	2	150	300

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			370,

Arrêtée la présente fatcture à la somme de :

Mansour Bloc 55 N 10 Sidi Bernoussi - Casablanca - **MAROC** - Tél/Fax : 05 22 73 44 73

R.C : 360616 - PATENTE : 31642013 - C.N.S.S : 7287479 - I.F: 52811269 - I.C.E : 000500324000054

Compte N° : 021780000018302706817190 Banque Crédit du Maroc - Casablanca - paraillyasse@gmail.com