

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.

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

130294

Déclaration de Maladie : N° S19-0050648

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12976 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL GSSIER Hajer Date de naissance : 13/10/1990

Adresse : Bd Abdelmeoumen ESC B Appart 18 Mohammédia

Tél. : 06006281 2 Total des frais engagés : 2285,1 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 :

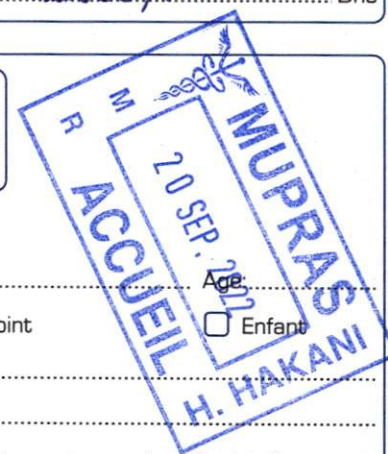
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 20 / 09 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :





AtlantaSanad
ASSURANCE

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2022114651

N° chèque

Contrat N° : 004.2021.00000083

Adhésion N° : 11320

Malade : LUI MEME

RIB : 011793000014200000083643

Ste Contractante : OFPPT PERSONNEL ACTIF

Adhérent(e) : BETTIOUI ZAKARIA

Déclaré le : 31/08/2022

Soin du : 21/07/2022

Sinistre N° : 040.2022.00542596

Date décision : 05/09/2022

Reçu le : 31/08/2022

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	240,00
MONTURE	450,00	75,00	375,00	80	300,00
Pharmacie	335,10	280,70	54,40	80	43,52
VERRES (avec changement de dioptrie)	1 200,00	725,00	475,00	80	380,00
Totaux	2 285,10	1 080,70	1 204,40		963,52
Dossier N° : 2013672 Règlement Compagnie (Dhs)					963,52

Observation(s) :

hylo dual +physiodose nr taxes nr

Signature Adhérent(e)

Docteur Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca

Ophtamologie Pédiatrique et Adulte

Ancien Médecin Résident Etranger

de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون للأطفال والكبار

طبيب داخلي سابقا

بمستشفيات باريس

21/7/2022

الدار البيضاء في :

Casablanca le :

BETTIOU + Zataria

Leuvelly mur

autinglet

photochromiques
anti UV,

KHALLATI OPTIQUE
Opticien Optométriste
Avenue Hassan II Imm. El Khalil Mag N°8
Guéliz - Marrakech
Tél: 05 24 44 26 94

$OD = (90^\circ, -0.15)$

$OU = (50^\circ, -0.15)$

Dr. MOHAMMED HAMDANI
OPHTHALMOLOGISTE
24, Rue Imame Alloussi - Bourgogne
Tél.: 05 22 27 67 46 / 51
INPE: 091071886

24, زقة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدر) بورغون. الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 27 67 46 / 51 - الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthamdani@yahoo.fr

Docteur Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca

Ophthalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون الأطفال والكبار

طبيب داخلي سابقا

بمستشفيات باريس

Casablanca le :

12 21 / 17 / 2022
الدار البيضاء في

190,00 = BETTIOUTI Zakaria

Hyalotual 1000

1 pte x 3 /

6us

54,40

PHARMACIE LAAYOUNE

Dr IBRAHIM Hind

635 rue Goubault Casablanca

Tél : 05 22 27 67 46 / 51

INPE : 092032991

30,70

335,10

24. زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدن بورغون. الدار البيضاء)

الهاتف : 51 / 46 67 27 05 22 - الفاكس : 77 66 26 22 05

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthamdamani@yahoo.fr

KHALLATI OPTIQUE

Avenue Hassan II, Immeuble El Khalil, Magasin N°8, Gueliz
40000 Marrakech
Tél: 0524421776

N° ID : Patente: 45104290

M. ZAKARIA BETTIOUI

FACTURE N° : F22/0570

Date : 15/08/2022

Prescrit par : MohamMED HAMDANI

No ID :

En date du : 21/07/2022

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur	TVA
ORGANIQUE AR PHOTOFUSION GRIS	1	600.00	600.00	20.0
ORGANIQUE AR PHOTOFUSION GRIS	1	600.00	600.00	20.0
MONTURE GOPS	1	450.00	450.00	20.0
Total	3		1650.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
1375.00	275.00	1650.00	1650.00	0.00 Dh

KHALLATI OPTIQUE
Opticien Optometriste
Avenue Hassan II Imm. El Khalil Mag N°8
Gueliz - Marrakech
Tél: 05 24 44 26 94

TVA IF: 39391324

N° Siren ICE: 002344582000038

N° Siret RC: 100743

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 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 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, rééducation ... etc.).

6 Lorsque la personne malade bénéficie d'un autre régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à la Compagnie l'original du compte 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 CNDF sous le n° A.A.101/2014.



Atlantasanad
ASSURANCE



123456

CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion (Matricule) 11320

AtlantaSanad

Date de

Dépôt du dossier

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale 21/83

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

Cachet Contractante

A remplir par l'assuré

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

BETTI DU ZAKARIA

N° CIN

BE780947

Nom et prénom du malade

BETTI DU ZAKARIA

Lien de parenté

Même

Date des soins

21/07/2022

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

2285,1 DH

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 :

Matricule :

CIN :

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés :

dh

Date de dépôt :

N° de sinistre :

(si ouverture par système)

Numéro de bordereau :

Date des soins :



123456

REMPLEZ PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade : SEKHOU ARI Age : ... Ans

Nature de la maladie : ...

En cas d'Accident (Causes et Circonstances) : ...

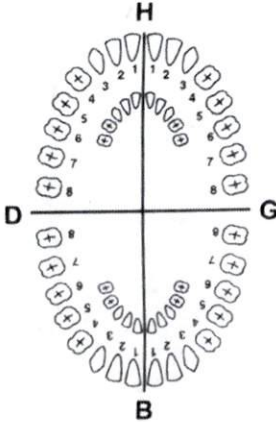
DETAIL DES SOINS

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION				EXECUTION DES ORDONNANCES	
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'Et. hospitalier	Montant	Signature du pharmacien
21/07/2021		652 300 12		1650	
				335	

Dates	Coefficients	Cachet et Signature du praticien

Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.

☐ DEVIS

Etabli le

☐ 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