

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : Relancé

Nom & Prénom : OUHAFFSA Hedi

Date de naissance : 11.52

Adresse : 3 lots les Figuier Aïn Seba

Tél. 06.65.10.33.02 Total des frais engagés : 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 : 25/11/22

Signature de l'adhérent(e) :

## 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 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 .
  - 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 Soit soumis à l'accord préalable de la compagnie : la prothèse dentaire, les extraits dentaires de plus de 8 dents, les soins dentaires (soins de blanchiment, etc.) et les soins en série dentaires (implants, etc.)
  - ❻ Tous les documents de la compagnie : l'assurance, la carte d'adhérent, l'original du contrat, les documents de remboursement, livré par la compagnie, la carte d'adhérent et la photo
- 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 document a été émis par la CNP 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

AtlantaSanad

Date de

Dépôt du dossier

Cachet Contractante

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

A remplir par l'assuré

N° CIN B3492

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

ELKHAYAT TAHRA

Nom et prénom du malade

ELKHAYAT TAHRA

Lien de parenté

Date des soins

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

1727,60 DHS

Cadre réservé à Atlantasand

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter sur la voie de réclamation

**DECLARATION**

Nom de l'assuré

ELKHAYAT

Matricule

CIN B34

N° de police / N° de filiale

Numéro d'adhésion

## RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Il est indispensable d'établir une déclaration à personne et par maladie.

Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.

La déclaration maladie doit être entièrement correctement remplie et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des engagements :

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 établie 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 desents traitées.

en cas de dossier de lunettes, l'ordonnance prescrivant les lunettes précisant le degré de myopie et la facture de l'opticien renseignée par les numéros de nomenclature des verres .

En cas de demande de prise en charge, faire accompagner le devis d'hospitalisation d'un parrain justifiant ladite hospitalisation et taillant les soins et traitement envisagés ainsi que tout examen de diagnostic.

Sont soumis à l'accord préalable de la compagnie : la prothèse dentaire, les extractions multiples de plus de 8 dents, les soins éclusaux (laser ... etc.) et les soins en série (ectomies, reéducation ... etc.).

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 CNDP 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 .....  
Altantassanad

Date de .....  
Dépôt du dossier

Cachet Contractante

Numéro de bordereau .....

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 **B34923**

**EKKAYAT TAHRA**

Nom et prénom du malade

**EKKAYAT TAHRA**

Lien de parenté

Date des soins .....

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés **1727,40 DHS**

**CONFIR**

Cadre réservé à Altantassanad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le

Veuillez déclarer à présentoir en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré **EKKAYAT**

Matricule

N° CIN **B34923**

N° de police / N° de filiale

Numéro d'adhésion

Frais exposés **1727,40 dh**

Date de dépôt **10/10/22**

En cas d'Accident (Cause et Circonstances)-

M. leb (010) / 0094-1

## DETAIL DES SOINS

## SOMMES ET PROTHÈSE DENTAIRE

<input type="radio"/> DEVIS		<input type="radio"/> TRAITEMENT	
Date de .....		Commencé le .....	
		Terminé le .....	
S O I N S			
<input checked="" type="checkbox"/>	Nature de l'intervention	Coefficient	PROTHÈSE
			Prothèse mobile - Couronne - dent
			<input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction
Montant des soins		Montant de la prothèse	
DH		DH	
Cachet et Signature du praticien attestant l'exécution et la qualité des soins (et ou) de la prothèse		Cachet et Signature du praticien attestant l'exécution et la qualité des soins (et ou) de la prothèse	

N° règlement : 2022139331

 AtlantaSanad  
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 : 10/10/2022

Malade : Lui même

Déclaré le : 28/10/2022

Sinistre n° : 040.2022.00691061

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Date décision : 31/10/2022

Reçu le : 27/10/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	927.40	0.00	927.40	80.00	741.92
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
Pharmacie	500.00	0.00	500.00	80.00	400.00
<b>Totaux</b>	<b>1 727.40</b>	<b>0.00</b>	<b>1 727.40</b>		<b>1 381.92</b>

Dossier n° : AS00019400095/20

Règlement compagnie (Dhs)

**1 381.92**

**Observation(s) :**

**Signature Adhérent(e)**

Docteur Bennani Abdelilah

Cabinet Médical spécialisé en :

- ENDOCRINOLOGIE

- DIABETE

- NUTRITION

(Sur Rendez-Vous)



Casablanca, le : \_\_\_\_\_

الدكتور بناني عبد الله

عيادة متخصصة في :

- أمراض الغدد الهرمونية

- السكري

- التغذية

(بالموعد)

10/10/2011

نـ كـ لـ كـ لـ

S.V

111,00x5

+ Hydrog. 50 | Wux 3,  
(400ml)

300

- Phys. 35 15.10-

S.V

145,00x2

Celoflex 20 15x25

S.V

60,00

+ volvone en gel matin,

S.V

12,00

- volvone 50ml / ,

S.V

32,90

+ flacon 50ml 100-

---  
T: 927,40

Dr. Bennani Abdelilah  
ENDOCRINOLOGIE - NUTRITION  
Tél : 05.22.40.33.34 / 35  
INPE 092050814

Horaire de Consultation:

Lundi - Vendredi : 9h - 17h

Samedi (matinée) : 9h - 13h

433 شارع محمد الخامس، الطابق الثاني، رقم 5 - (قرب ساحة آل ياسر) الدار البيضاء - الهاتف 05.22.40.33.34 / 35  
433 Bd Mohammed V, 2<sup>ème</sup> Etage Appt N° 5 - (à côté du Rond Point Albert 1<sup>er</sup>) Casablanca - Tél./Fax : 05.22.40.33.34 / 35  
GSM : 06 63 08 09 47 - Email : abdel.benn@hotmail.fr

| Samedi (matinée) : 9h - 13h

433 شارع محمد الخامس، الطابق الثاني، رقم 5 - (قرب ساحة آل ياسر) الدار البيضاء - الهاتف 05.22.40.33.34 / 35  
433 Bd Mohammed V, 2<sup>ème</sup> Etage Appt N° 5 - (à côté du Rond Point Albert 1<sup>er</sup>) Casablanca - Tél./Fax : 05.22.40.33.34 / 35  
GSM : 06 63 08 09 47 - Email : abdel.benn@hotmail.fr