

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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794

Société : RAA

Actif

Pensionné(e)

Autre : Retraité

Nom & Prénom : OU HAFSA Med

Date de naissance : 11-52

Adresse : 10731 les Figuiers Aïn Seba -

Tél. 06.65.10.33.02

Total des frais engagés : 1725,00 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 : Casablanca

Le : 14/12/22

Signature de l'adhérent(e) :



Déclaration de Maladie

M22- 0034784

complémentaire

140736

Optique

Autres



**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 GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion Date de
AtlantaSanad 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)

EL KHAYAT TAHRA

N° CIN B349834

Nom et prénom du malade

TAHRA

Lien de parenté

Date des soins

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés 1725,60 DH

Cadre réservé à Atlantasanaad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré EL KHAYAT TAHRA Matricule : CIN :

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés 1725,60 dh

Date de dépôt : 5/10/12

N° de sinistre :

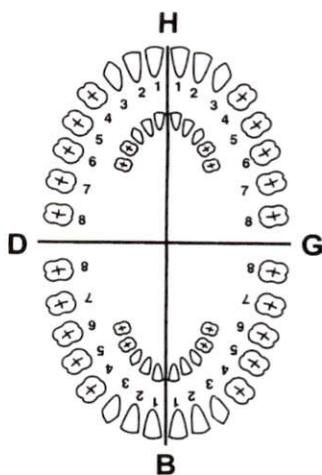
Numéro de bordereau :

Date des soins :

NOM et Prénom du malade : KHAYAT TAYSS Age : Ans
Nature de la maladie : Gonorrhoe
En cas d'Accident (Causes et Circonstances) :

DETAIL DES SOINS

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



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

| <input type="radio"/> DEVIS | | | | <input type="radio"/> TRAITEMENT | |
|--|----------------|--------------------------|-------------|---|--|
| Etabli le _____ | | | | 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 | |
| | | | | 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

DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2022150489

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 : 14/10/2022

Soin du : 15/09/2022

Sinistre n° : 040.2022.00649784

Date décision : 24/11/2022

Reçu le : 13/10/2022

| Nature Prestation | Frais Engagés (Dhs) | Remboursement | | | |
|-------------------------------------|---------------------|---------------------------|-----------------|------------|---------------------|
| | | Mnt.Retenu (Dhs) | Base Remb.(Dhs) | Tx(%)/Val. | Mnt.Remboursé (Dhs) |
| (*) Pharmacie | 1 225.50 | 893.60 | 331.90 | 80.00 | 265.52 |
| ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE | 200.00 | 0.00 | 200.00 | 80.00 | 160.00 |
| CONSULTATION DE SPECIALISTE | 300.00 | 0.00 | 300.00 | 80.00 | 240.00 |
| Totaux | 1 725.50 | 893.60 | 831.90 | | 665.52 |
| Dossier n° : AS0002040293/20 | | Règlement compagnie (Dhs) | | | 665.52 |

Observation(s) :

(*) ostemil nr

Signature Adhérent(e)

Docteur Mohamed DAKHCH

الدكتور محمد الضخش

Spécialiste en Médecine Interne

Ancien Médecin du C.H.U

IBN ROCHD

Rhumatologie - Maladies du Sang

Ex Chef du Service de Médecine

à l'Hôpital Bouafi

اختصاصي في الطب الباطني

طبيب سابق بمستشفى ابن

أمراض المفاصل - الأمراض المهمة

(الروماتيزم)

رئيس سابق بقسم مصلحة الطب

بمستشفى محمد بو الوافي

PHARMACIE RIZ
LALAM
DE EN RIZ
PARIS
41N 80000 CASABLANCA
TEL. 022.88.88.20
INPE 092050814

Mh EL KITAYATTA

Casablanca, le : 15 SEPT 2022 الدار البيضاء، في :

20,00

Sensalor

S.1

132,90

1/2 - 1/2 - 1/2

S.1

• Ganzline 25

17/09/2022
Rx 14/09/2022
① tablue 21

3 x 1

S.1

(446,80+21)
Ostrenil

(1/2)

169,00

a suffisant pour 10 jets

• Dihicox 90 3 lets (314) S.1

1225,60

DR MOHAMED DAKHCH
SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE
HAY MOHAMMADI
AV. C, IMM. 10 HAY MOHAMMADI
TEL. 022.62.01.95

AVENUE "C" IMM. 10 HAY MOHAMMADI - CASABLANCA - Tél. : 05 22.62.01.95 / Fax : 05 22 61 76 51
E-mail : dr.dakhch.med@gmail.com