

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0034784

complémentaire

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAA
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Rehaaté
 Nom & Prénom : OU HAFSA Med
 Date de naissance : 11-52
 Adresse : WTS les Figues Air Se far -
 Tél. 06.65.10.3302 Total des frais engagés : 1725, DHS 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





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

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)

ELIKHAYAT TAHARA

N° CIN

8349834

Nom et prénom du malade

TAHARA

Lien de parenté

Date des soins

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

1725,60 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

ELIKHAYAT TAHARA

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 :

(si ouverture par système)



AS0002040293/20

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

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

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 du Pharmacien		
15 SEPT 2022	G	3000	D^r MOHAMED DAKHLI SPECIALISTE EN MEDICINE INTERNE HAY EL ANASSADIE AV. C. AMR 18 N°1 CASABLANCA TEL 022 62 07 95	15/09/22	1285,10			
Ks.		2000		ANALYSES RADIOGRAPHIES				
-infirmerie		500		Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien	
				ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX				
				Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien	

<p style="margin-top: 20px;">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 le paiement des soins (et ou) de la prothèse	

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 سابقا بمستشفى ابن رشد

أمراض المفاصل - الأمراض الدموية

(الروماتيزم)

رئيس سابق بقسم مصلحة الطب

بمستشفى محمد بو الوافي

PHARMACIE
LALAMI
DI EN
INPE 092050814

M^h EL KITAYATTARA

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

30,00

Seralevic

(S.V)

132,90

GABLINE 25

1/2 - 1/2 - 1/2

(S.V)

1 g/ml

3 x 1

17/09/2022
X 1/2 x 1/2
1/2 g/ml

(446,80 x 2)

Oskemil

(1/2)

(S.V)

169,00

auffortier upetob

Dshicox 90

3 le 1/2

(3/4)

(S.V)

1 : 1225,10

Dr MOHAMED DAKHCH
SPECIALISTE EN MÉDECINE INTERNE
HAY MOHAMMADI
AV. C. IMM. 10 - 411, CASABLANCA
TEL. 05 22 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