

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

Complémentaire
Déclaration de Maladie

M22- 0034786

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM 142388

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité

Nom & Prénom : OUHAFSA Neo

Date de naissance : 11.12.52

Adresse : Lot Les Figuiers A in Sebaa

Tél. : 06.65103302 Total des frais engagés : 17.000 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 : 26/12/22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



AtlantaSanad
ASSURANCE

N° règlement : 2023004074

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 : 11/10/2022

Malade : Lui même

Déclaré le : 14/10/2022

Sinistre n° : 040.2022.00647767

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Date décision : 12/12/2022

Reçu le : 14/10/2022

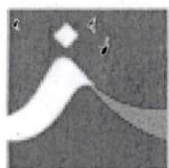
Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*) Prothèse Auditive	12 000.00	2 000.00	10 000.00	80.00	8 000.00

Totaux	12 000.00	2 000.00	10 000.00		8 000.00
Dossier n° :				Règlement compagnie (Dhs)	8 000.00

Observation(s) :

(*) REGLEMENT EFFECTUE CONFORMEMENT AUX CLAUSES CONTRACTUELLES

Signature Adhérent(e)



DÉPARTEMENT GROUPE
SERVICE SINISTRES MALADIE

ACCORD PREALABLE

N° police	: 004.2019.00000130	Intermédiaire	: 072 - ASSURANCE AFMA
Filiale	: 01 - RENAULT COMMERCE MAROC		
Adhérent	: 00000086 - EL KHAYAT TAHRA	Adresse	: 44,BD KHALID IBNOULOALID AIN SEBAA - CASABLANCA
Malade	: Lui même		
N° sinistre	: 040.2022.00647767	Date décision	: 03/11/2022
Frais engagés	: 12 000.00 Dhs	Date édition	: 03/11/2022
Date survenance	: 11/10/2022	Réf. Etat	: barnat
		N° dossier	:

Madame/Monsieur,

Nous soussignés, AtlantaSanad Assurance dont le siège social est à Casablanca - 181, boulevard d'Anfa.

La présente attestation, établie sur la base du devis du **11/10/2022**, est délivrée à l'intéressé(e) sur sa demande pour permettre le recouvrement, auprès de notre compagnie, **80.00 %** des frais engagés jusqu'à concurrence d'un montant de : **8 000.00 Dhs (HUIT MILLE DIRHAMS)** pour les soins, sur présentation des pièces justificatives.

Fait à Casablanca, le 03/11/2022

POUR LA COMPAGNIE



AtlantaSanad
181, Boulevard d'Anfa - CASABLANCA

N.B. : /réserve facture prothèses auditives

N.B. :

- * Le présent accord est à joindre à la facture définitive.
- * S'agissant d'un devis, le règlement se fera après présentation d'une facture acquitté(e) et soumission de l'intéressé(e) à une contre visite éventuelle.
- * Pour que cet accord soit valable, les soins doivent être entamés dans un délai maximum de trois mois.



DÉPARTEMENT GROUPE
SERVICE SINISTRES MALADIE

DETAIL ACCORD PREALABLE

N° police	: 004.2019.00000130	Intermédiaire	: 072 - ASSURANCE AFMA
Filiale	: 01 - RENAULT COMMERCE MAROC		
Adhérent	: 00000086 - EL KHAYAT TAHRA	Adresse	: 44,BD KHALID IBNOULOUALID AIN SEBAA - CASABLANCA
Malade	: Lui même		
N° sinistre	: 040.2022.00647767	Date décision	: 03/11/2022
Frais engagés	: 12 000.00 Dhs	Date éditon	: 03/11/2022
Date survenance	: 11/10/2022	Réf. Etat	: barnat

Ci-dessous le détail de l'accord par prestation :

Prestation	Nbre. Accor.	Prix. unit. (Dhs)	Taux remb. (%)	Montant accordé (Dhs)	Mnt. GR. (Dhs)	Reli. plaf. (Dhs)
Prothèse Auditive	2	5 000.00	80.00	8 000.00		8 000.00
Total Accordé (Dhs) :				8 000.00		

الدكتور محمد الشرايبي

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.

Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus

Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochléaire

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

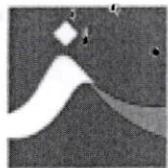
Casablanca le : 11/10/2022

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, certifie que MME OUHAFFSA TAHRA présente une surdité de perception bilatérale nécessitant un appareillage auditif bilatérale.

Certificat délivré pour servir et faire valoir ce que de droit.

Docteur M'hamed CHRAÏBI
Spécialiste O.R.L.
11, Angèle Rd. Anta 8 Bd. My. Jussuf
Tél: 0522 20 49 4776 (20 77 57)
Casablanca



DÉPARTEMENT GROUPE
SERVICE SINISTRES MALADIE

ACCORD PREALABLE

N° police	: 004.2019.00000130	Intermédiaire	: 072 - ASSURANCE AFMA
Filiale	: 01 - RENAULT COMMERCE MAROC		
Adhérent	: 00000086 - EL KHAYAT TAHRA	Adresse	: 44,BD KHALID IBNOULOALID AIN SEBAA - CASABLANCA
Malade	: Lui même		
N° sinistre	: 040.2022.00647767	Date décision	: 03/11/2022
Frais engagés	: 12 000.00 Dhs	Date édition	: 03/11/2022
Date survenance	: 11/10/2022	Réf. Etat	: barnat
		N° dossier	:

Madame/Monsieur,

Nous soussignés, AtlantaSanad Assurance dont le siège social est à Casablanca - 181, boulevard d'Anfa.

La présente attestation, établie sur la base du devis du **11/10/2022**, est délivrée à l'intéressé(e) sur sa demande pour permettre le recouvrement, auprès de notre compagnie, **80.00 %** des frais engagés jusqu'à concurrence d'un montant de : **8 000.00 Dhs (HUIT MILLE DIRHAMS)** pour les soins, sur présentation des pièces justificatives.

Fait à Casablanca, le 03/11/2022

POUR LA COMPAGNIE

AtlantaSanad
ASSURANCE
181, Boulevard d'Anfa - CASABLANCA

N.B. :s/réserve facture prothèses auditives

N.B. :

- * Le présent accord est à joindre à la facture définitive.
- * S'agissant d'un devis, le règlement se fera après présentation d'une facture acquitté(e) et soumission de l'intéressé(e) à une contre visite éventuelle.
- * Pour que cet accord soit valable, les soins doivent être entamés dans un délai maximum de trois mois.



DÉPARTEMENT GROUPE
SERVICE SINISTRES MALADIE

DETAIL ACCORD PREALABLE

N° police	: 004.2019.00000130	Intermédiaire	: 072 - ASSURANCE AFMA
Filiale	: 01 - RENAULT COMMERCE MAROC		
Adhérent	: 00000086 - EL KHAYAT TAHRA	Adresse	: 44,BD KHALID IBNOULOUALID AIN SEBAA - CASABLANCA
Malade	: Lui même		
N° sinistre	: 040.2022.00647767	Date décision	: 03/11/2022
Frais engagés	: 12 000.00 Dhs	Date éditon	: 03/11/2022
Date survenance	: 11/10/2022	Réf. Etat	: barnat

Ci-dessous le détail de l'accord par prestation :

Prestation	Nbre. Accor.	Prix. unit. (Dhs)	Taux remb. (%)	Montant accordé (Dhs)	Mnt. GR. (Dhs)	Reli. plaf. (Dhs)
Prothèse Auditive	2	5 000.00	80.00	8 000.00		8 000.00
Total Accordé (Dhs) :				8 000.00		

**ECA**

SPACE DE CORRECTION AUDITIVE

FACTURE N° 371/2022

Date: 21-11-2022

NOM : EL KHAYAT TAHRA

Mode de réglemement :

10000.00 DHS PAR CHÈQUE

Designation	Quantité	PU HT	Total H.T
Appareils Numériques (OREILLES DROIT / OREILLES GAUCHE) EMBOUT AURICULAIRE PILES ACOUSTIQUE / PLAQUETTE DE 6	2	6,000.00 Dhs	12,000.00 Dhs
Total HT			12,000.00 MAD
Taux de TVA			0%
Total TTC			12,000.00 MAD

Arrêter La présente facture à la somme de : douze mille DIRHAMS TTC

N.B: VENTE EN EXONERATION DE LA TVA ARTICLE 91-VI-2
DU CODE GENERAL DES IMPOTS

Signature et Cachét

ESPACE DE CORRECTION AUDITIVE
N° 38 Boulevard Mohamed VI, Rce Tierni
Etage 2 Bureau N° 22 - Fes

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Il est indispensable d'établir une déclaration par 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 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.

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.

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

2 A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.

3 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.

4 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.

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.

5 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).

6 Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.

Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

7 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

AS00

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion

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

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

Date des soins

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

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 : / /