

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M22- 0040767

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6042 Société : R.A.M.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BONABDERRAZIK KARIMA 148719

Date de naissance : 29-11-60

Adresse :

Tél. : 0661100818 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : CASA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 21433552 00000000 00000000
D	00000000 00000000 35533411 11433553
B	G

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° CIN : A9842

Contrat n° : 004.1997.00000095-02

Ste contractante : ATLANTASANAD CADRES RETRAITES

Adhésion n° : 00001041

Adhérent(e) : LAOUFIR SIF-EDDINE Soin du : 08/12/2022

Malade : Lui même

Déclaré le : 01/01/2023 Sinistre n° : 040.2022.00818166

Numéro RIB :

Date décision :

Reçu le : 14/12/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*) Pharmacie	33.00	33.00	0.00	90.00	0.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	90.00	270.00
Totaux	333.00	33.00	300.00		270.00

Dossier n° :

Règlement compagnie (Dhs)

270.00

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

(*1) Médicament NR/SERUM PHYSIO

Docteur Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE

Diplômé de l'Institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmopédiatrie - Chirurgie réfractive
(Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme - Presbytie)*

Casablanca, le jeudi 8 décembre 2022

Patient : Monsieur LAOUFIR Sif-Eddine

SERUM PHYSIOLOGIQUE UNIDOSES 0.9% / matin et soir,

33, ~



NOM et Prénom du malade _____
Nature de la maladie _____

Nature de la maladie

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

Age :

Ans



CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION

EXECUTION DES ORDONNANCES

Dates	Montant	Cachet du Pharmacien
08/12/22	33,-	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX

Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien

SOINS ET PROTECTION DENTAIRE

CONVENTION GROUPE

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Indispensable d'établir une déclaration
une et par maladie.

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

La déclaration maladie doit être entièrement remplie et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives demandées :

Carte d'assurance médicale,
spectus & vignettes ou PPV des dentistes,
ordonnances prescrivant les examens médicaux et/ou biologiques ainsi que résultats,

d'hospitalisation, la facture clinique mentionnant la nature et éventuellement la cotisation des actes pratiqués accompagnées des notes d'honoraires, du détail de la facture, des factures annexes ... etc.

De soins ou de prothèse dentaires, le taillé des actes pratiqués, leur coefficient que les numéros et positions des dentes.

Le dossier de lunettes, l'ordonnance et les lunettes précisant le degré de la facture de l'opticien renseignée immédiatement de la nomenclature des verres.

La demande de prise en charge, faire parer le devis d'hospitalisation d'un pli justifiant ladite hospitalisation et les soins et traitement envisagés ainsi qu'examen de diagnostic.

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

La personne malade bénéficie du régime de prévoyance, l'assuré doit faire parvenir à la Compagnie l'original du document de remboursement délivré par

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 transmises 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.

CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

*deposit
le 9-12-22*

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

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

N° CIN A 5842

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

Date des soins

05.12.20

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

333,00DH

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 :