

# 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

- Reclamation : 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.

M22- 0040768

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6042 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre : 148718

Nom & Prénom : BENABDERRAHMANE KARIMA

Date de naissance : 29-11-60

Adresse :

Tél. : 0661100848 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 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) : .....





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 remboursement.

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

• Assurance médicale,  
• Certificats & vignettes ou PPV des dentistes,

• Ordonnances prescrivant les examens médicaux et/ou biologiques ainsi que les résultats,

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

• Détail de soins ou de prothèse dentaires, le détail des actes pratiqués, leur coefficient ainsi que les numéros et positions des factures.

• Détail du dossier de lunettes, l'ordonnance mentionnant les lunettes précisant le degré de vue et la facture de l'opticien renseignée avec les numéros de nomenclature des verres.

• Détail de demande de prise en charge, faire figurer le devis d'hospitalisation d'un patient justifiant ladite hospitalisation et les soins et traitement envisagés ainsi qu'un examen de diagnostic.

• Les documents 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, la rééducation ... etc.).

• La personne malade bénéfice d'un régime de prévoyance, l'assuré doit remettre à la Compagnie l'original du document de remboursement délivré par

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

• 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.

• 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.

• 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).

• 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 transmises à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

• 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.

**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

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

LAOUFI SIF EDDINE

N° CIN A 9842

Nom et prénom du malade

/

Date des soins

28.11.2022

Montant des frais exposés

1169,50DH

Signature de l'assuré

Jamal

Lien de parenté

Moi-même

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 : ..... Matricole : ..... CIN : .....



N° règlement : 2023002912

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 : 28/11/2022

Malade : Lui même

Déclaré le : 01/01/2023

Sinistre n° : 040.2022.0079892

Numéro RIB :

Date décision : 12/12/2022

Reçu le : 07/12/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
RADIOLOGIE	280.00	0.00	280.00	90.00	252.00
Pharmacie	589.50	0.00	589.50	100.00	589.50
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	90.00	270.00
Totaux	1 169.50	0.00	1 169.50		1 111.50

Dossier n° :

Règlement compagnie (Dhs)

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)