

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : OUHAFSA med
 Date de naissance :
 Adresse : 107 18 FIGUIEZZ N° 3
Bd Ahmed Mekkaouz lossa
 Tél. : 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 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 : Caen

Le : 28/3/23

Signature de l'adhérent(e) : 

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M22-0034793**

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 6794

Nom de l'adhérent(e) : OUHAFSA

Total des frais engagés :

Date de dépôt : 9/3/2023

complémentaire
Déclaration de Maladie

M22- 0034793

154390

N° règlement : 2023024840

 **AtlantaSanad**
DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE
ASSURANCE

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Ste contractante : RENAULT COMMERCE MAROC

Adhésion n° : 00000086

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Soin du : 18/01/2023

Malade * : Lui même

Déclaré le : 30/01/2023

Sinistre n° : 040.2023.00019960

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Date décision : 31/01/2023

Reçu le : 25/01/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	894.80	0.00	894.80	80.00	715.84
Totaux	894.80	0.00	894.80		715.84
Dossier n°	AS00001631709/20	Règlement compagnie (Dhs)			715.84

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

est indispensable d'établir une déclaration de personne et par maladie.

est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers de santé avant leur envoi à la Compagnie de remboursement.

La déclaration maladie doit être entièrement correctement remplie et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des engagements :

ordonnance médicale,

prospectus & vignettes ou PPV des médicaments,

ordonnances prescrivant les examens biologiques et/ou biologiques ainsi que les résultats,

cas d'hospitalisation, la facture clinique indiquant la nature et éventuellement la cotation des actes pratiqués accompagnée des notes d'honoraires, du détail de la facture, des factures annexes ... etc.

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

cas de dossier de lunettes, l'ordonnance indiquant les lunettes précisant le degré de vue et la facture de l'opticien renseignée et numéros de nomenclature des verres.

cas de demande de prise en charge, faire imprimer le devis d'hospitalisation d'un patient justifiant ladite hospitalisation et faire les soins et traitement envisagés ainsi que tout examen de diagnostic.

Il est soumis à l'accord préalable de la compagnie : la prothèse dentaire, les extra-multiples de plus de 8 dents, les soins chirurgicaux (laser ... etc.) et les soins en séries, rééducation ... etc.).

que la personne malade bénéficie d'un régime de prévoyance, l'assureur remettra à la Compagnie l'original du contrat de remboursement délivré par l'assureur de base et la photocopie du dossier.

À 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. Ce traitement a été autorisé par la CNPD sous le n° A-A-101/2014.

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion :
AtlantaSarad

Date de
Dépôt du dossier

Cachet Contractante

86
10/10/2017

Numéro de bordereau
Matricole 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 Tahne

N° CIN : B 349236

Nom et prénom du malade

EL KHAYAT Tahne

Lien de parenté

elle-même

Date des soins

18/10/2017

Signature de l'assuré

Coref

Montant des frais exposés : 894,80 dh

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : EL KHAYAT

Matricole : CIN : B 349236

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés : 894,80 dh

Date de dépôt : 20/10/2017

DETROIT 130

EXECUTION DES ORDONNANCES			ANALYSES - RADIGRAPHIES		
Dates	Montant	Cachet du Pharmacien	Dates	Coefficients	Montant
18/01/21	894,80				



AKDITAL...

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaاين السبع
لمستشفى الخاص طرابلس

Casablanca, le 18.02.23

279, Bd. Chefchaouni Ain Sebaa - Casablanca
Tél. : 05 22 68 00 00 - Fax : 05 22 35 66 44
E-mail : direction@hpc.ma
Site web : www.hpc.ma