

# 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.



complémentaire  
Déclaration de Maladie  
M22- 0032909

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : 160469  
Nom & Prénom : OUHAESA Med  
Date de naissance : 1.1.52  
Adresse : lots 100 Ficus Ain Sebaou  
Tél. 0665103302 Total des frais engagés : 262 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 : ..... Le : 12/5/23  
Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# AtlantaSanad

## DECOMPTÉ DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2023058741

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 : 25/04/2023

Soin du : 06/04/2023

Sinistre n° : 040.2023.00202864

Date décision : 26/04/2023

Reçu le : 19/04/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	262.00	0.00	262.00	80.00	209.60
<b>Totaux</b>	<b>262.00</b>	<b>0.00</b>	<b>262.00</b>		<b>209.60</b>
Dossier n° : Règlement compagnie (Dhs)					<b>209.60</b>

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

دكتور 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 06/04/2023,

Madame OUHAFSA Tahra

49,00  
4/80  
137,00  
1) AURICULARUM GT AURICULAIRES

4 gouttes auriculaire 2 fois par jour

2) CORTANCYL 20 mg RSS

3 comprimé(s) le matin pendant 3 jour(s)

2 comprimé(s) le matin pendant 3 jour(s)

1 comprimé(s) le matin pendant 1 jour(s)

3) VASTAREL 35 mg

1 comprimé matin et soir 1 mois

262,00

PHARMACIE  
LALAMI SALOU  
DI EN PHARM  
1, Pros H. Wined Meloun  
AIN SEBAA - CASABLANCA  
TEL: 039.25.85.70

INPE 092050814

Docteur M'hamed CHRAÏBI  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux  
17, Angle Bd. Anfa et Bd. My Youssef - 2ème étage  
Tel: 05 22 20 69 43 / 05 22 20 77 67/68  
Fax: 05 22 20 71 91 / 05 22 36 74 05  
INPE 092050814

Résidence Roïa : 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2ème étage - Casablanca  
Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91  
En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05

vous t  
Allaité  
En l'al  
penda  
Si vou  
grosse  
Condu  
Ce mé  
dormir  
VASTAI  
3.COMM  
Veuillez  
médecin  
Posolog  
La dose  
comprim  
Si vous  
médecin  
Durée du  
DANS TO  
Si vous  
vous n'ai  
Consulter



CONVENTION GROUPE

# DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion .....  
AtlantaSanad

Numéro de bordereau .....

Matricule de l'assuré .....

N° de police / N° de filiale .....

Numéro de Sinistre .....  
(si ouverture par système)

Date de .....  
 Dépôt du dossier

Cachet Contractante

A remplir par l'assuré

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

Nom et prénom du malade  
 ELKHAYAT TAHRA

Date des soins 01/01/23

Montant des frais exposés 262,00 DHS

N° CIN B344284

Lien de parenté

Adhérante

Signature de l'assuré

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 : ELKHAYAT Matricule : ..... CIN : .....

N° de police / N° de filiale : ..... Numéro d'adhésion : f. 1. 1. 1.

## RECOMMANDATIONS GENERALES

### POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

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

Il est fortement recommandé à l'adhérent de déposer une photocopie de ses dossiers relatifs à leur envoi à la Compagnie pour l'activation du remboursement.

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

• Attestations médicales, certificats de spectus & vignettes ou PPV des spécialistes,

• Attestations prescrivant les examens médicaux et/ou biologiques ainsi que les diagnostics,

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

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

• Le dossier de lunettes, l'ordonnance prescrite et les lunettes précisant le degré de la vision et la facture de l'opticien renseignée avec les numéros de nomenclature des verres.

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

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

• La personne malade bénéficie du régime de prévoyance, l'assuré doit remettre à la Compagnie l'original du dossier 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 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.

