

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.

N° W19-510941

CA

Decompte de remboursement

Maladie

Dentaire

(16259)

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 11049

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KARROUTI YOUSSEF

02/11/1968

Date de naissance : 02/11/1968

Adresse :

Tél. : 0669902832 Total des frais engagés : 600

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 :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 12/10/2008

Signature de l'adhérent(e) :

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- ❶ Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
- ❷ Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
- ❸ La déclaration maladie doit être **entièrement et correctement remplie** et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des frais engagés :
- l'ordonnance médicale,
 - les prospectus & vignettes ou PPM 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.
- ❹ 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.
- ❺ Sont soumis à l'accord préalable de la Compagnie : la prothèse dentaire, les extractions multiples de plus de 8 dents, les soins spéciaux (laser ...etc.) et les soins en série (injections, rééducation ...etc.).
- ❻ Lorsque la personne malade bénéficie d'un autre régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à la Compagnie l'original du décompte de remboursement délivré par l'organisme assureur de base et la photocopie du dossier.
- ❻ A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.
- ❾ 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.
- ❿ 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 durent plus de trois mois, l'assuré est invité à présenter des factures partielles.
- ⓫ 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.
- ⓬ 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).
- ⓭ Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.
- ⓮ Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

Page 35



شركة التامين وأمانة التامين أطلانتا
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA

Entreprise régée par la loi 17-99 portant code des assurances

FEUILLE DE SOINS

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante

N° de police :

N° d'adhérent :

659

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : RABAOUA STHAM

Prénom du patient (e) : STHAM

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : Foi-mère

Montant des frais exposés (en DH) : 600,00

A : CASABLANCA le M, 12, 2019 Signature de l'adhérent (e)

STHAM

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : RABAOUA SIAM

Age du patient (e) : Date des soins :

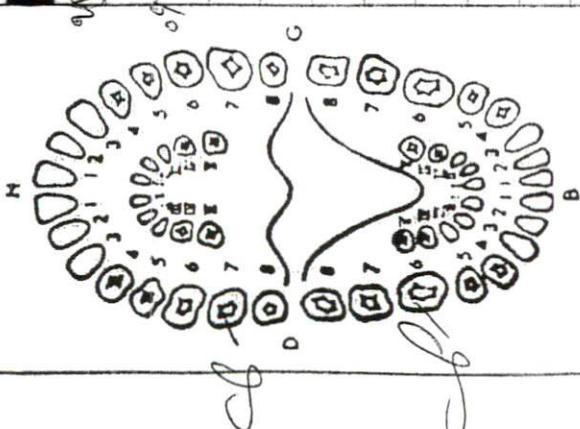
Nature de la maladie (*) : Sid

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances (*) :

(*) : Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	CO-TA-TION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITEMENTS					
ANALYSES / PHARMACIE					
RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

FEUILLE DENTAIRE
(Précisez impérativement s'il s'agit d'un devis ou d'une facture)

DEVIS		EXÉCUTION		PROTHÈSE ET ODF																																																																																																																			
Etabli le :	Commencé le : <u>21/11/2010</u>	Terminé le : <u>21/12/2010</u>	Nature de la prothèse ou sénescelle de l'ODF	Condition																																																																																																																		
SCHEMA DENTAIRE (à remplir SVP)	<table border="1"> <thead> <tr> <th>SOINS</th> <th>Date</th> <th>Dents traitées</th> <th>Nature de l'acte</th> <th>Coef.</th> <th>Coef.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><u>11/12/10 17 confe</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>1,0</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>11/12/10 16</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>1,0</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>11/12/10 15</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>1,0</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>11/12/10 14</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>1,0</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>11/12/10 13</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>1,0</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>11/12/10 12</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>1,0</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>11/12/10 11</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>1,0</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>11/12/10 10</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>1,0</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>11/12/10 9</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>1,0</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>11/12/10 8</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>1,0</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>11/12/10 7</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>1,0</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>11/12/10 6</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>1,0</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>11/12/10 5</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>1,0</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>11/12/10 4</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>1,0</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>11/12/10 3</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>1,0</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>11/12/10 2</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>1,0</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>11/12/10 1</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>1,0</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>11/12/10 0</u></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><u>1,0</u></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 					SOINS	Date	Dents traitées	Nature de l'acte	Coef.	Coef.	<u>11/12/10 17 confe</u>				<u>1,0</u>		<u>11/12/10 16</u>				<u>1,0</u>		<u>11/12/10 15</u>				<u>1,0</u>		<u>11/12/10 14</u>				<u>1,0</u>		<u>11/12/10 13</u>				<u>1,0</u>		<u>11/12/10 12</u>				<u>1,0</u>		<u>11/12/10 11</u>				<u>1,0</u>		<u>11/12/10 10</u>				<u>1,0</u>		<u>11/12/10 9</u>				<u>1,0</u>		<u>11/12/10 8</u>				<u>1,0</u>		<u>11/12/10 7</u>				<u>1,0</u>		<u>11/12/10 6</u>				<u>1,0</u>		<u>11/12/10 5</u>				<u>1,0</u>		<u>11/12/10 4</u>				<u>1,0</u>		<u>11/12/10 3</u>				<u>1,0</u>		<u>11/12/10 2</u>				<u>1,0</u>		<u>11/12/10 1</u>				<u>1,0</u>		<u>11/12/10 0</u>				<u>1,0</u>	
SOINS	Date	Dents traitées	Nature de l'acte	Coef.	Coef.																																																																																																																		
<u>11/12/10 17 confe</u>				<u>1,0</u>																																																																																																																			
<u>11/12/10 16</u>				<u>1,0</u>																																																																																																																			
<u>11/12/10 15</u>				<u>1,0</u>																																																																																																																			
<u>11/12/10 14</u>				<u>1,0</u>																																																																																																																			
<u>11/12/10 13</u>				<u>1,0</u>																																																																																																																			
<u>11/12/10 12</u>				<u>1,0</u>																																																																																																																			
<u>11/12/10 11</u>				<u>1,0</u>																																																																																																																			
<u>11/12/10 10</u>				<u>1,0</u>																																																																																																																			
<u>11/12/10 9</u>				<u>1,0</u>																																																																																																																			
<u>11/12/10 8</u>				<u>1,0</u>																																																																																																																			
<u>11/12/10 7</u>				<u>1,0</u>																																																																																																																			
<u>11/12/10 6</u>				<u>1,0</u>																																																																																																																			
<u>11/12/10 5</u>				<u>1,0</u>																																																																																																																			
<u>11/12/10 4</u>				<u>1,0</u>																																																																																																																			
<u>11/12/10 3</u>				<u>1,0</u>																																																																																																																			
<u>11/12/10 2</u>				<u>1,0</u>																																																																																																																			
<u>11/12/10 1</u>				<u>1,0</u>																																																																																																																			
<u>11/12/10 0</u>				<u>1,0</u>																																																																																																																			
COUT GLOBAL DES SOINS DH : <u>600</u>	COUT GLOBAL DE LA PROTHÈSE SOUDE DE L'ODF																																																																																																																						
Avis du médecin conseil de la Compagnie <u>11/12/10</u> Cachet et signature du praticien																																																																																																																							

N° règlement : 2020002800

N° chèque : 506462725

Contrat n° : 004.2011.00000018-00

Adhésion n° : 00000659

Malade : Lui même

Numéro RIB :

DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE



Ste contractante : WAFA ASSURANCES

Soin du : 25/11/2019

Adhérent(e) : RABAOUA SIHAM

Sinistre n° : 040.2019.10319916

Déclaré le : 01/01/2020

Date décision : 16/12/2019

Reçu le : 12/12/2019

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*) SOINS DENTAIRE	600.00	0.00	600.00	85.00	510.00
Totaux	600.00	0.00	600.00		510.00
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			510.00

Observation(s) :

(*) REGLEMENT SUIVANT CLAUSES CONTRAT

Signature Adhérent(e)