

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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° W19-494556

J'écompte de remboursement

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11.04.9

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KARROUTI YOUSSEF

CP

Date de naissance : 02/11/1968

Adresse :

Tél. : 0669902802

Total des frais engagés : 2900

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

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'adhérent 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 : CASA

Le : 28/11/19

Signature de l'adhérent(e) :

JL

N° règlement : 2019538146

N° chèque : 506441793

Contrat n° : 004.2011.00000018-00

Adhésion n° : 00000659

Malade : Lui même

Numéro RIB :

DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

Ste contractante : WAFA ASSURANCES

Adhérent(e) : RABAOUA SIHAM

Déclaré le : 04/10/2019

Soin du : 04/09/2019

Sinistre n° : 040.2019.10181588

Date décision : 01/11/2019

Reçu le : 03/10/2019

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
VERRES (avec changement de dioptrie)	1 200.00	787.50	412.50	85.00	350.62
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	300.00	0.00	85.00	0.00
(*) MONTURE (avec changement de dioptrie)	1 400.00	1 400.00	0.00	85.00	0.00
Totaux	2 900.00	2 487.50	412.50		350.62
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			350.62

Observation(s) :

(*) COMPL

Signature Adhérent(e)

N° règlement : 2019531820

N° chèque : 506449221

Contrat n° : 004.2011.00000018-00

Adhésion n° : 00000659

Malade : Lui même

Numéro RIB :

DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

Ste contractante : WAFA ASSURANCES

Adhérent(e) : RABAOUA SIHAM

Déclaré le : 04/10/2019

Soin du : 04/09/2019

Sinistre n° : 040.2019.10181588

Date décision : 07/10/2019

Reçu le : 03/10/2019


ATLANTA
 ASSURANCES

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	85.00	255.00
MONTURE (avec changement de dioptrie)	1 400.00	223.53	1 176.47	85.00	1 000.00
(*) VERRES (sans changement de dioptrie)	1 200.00	787.50	412.50	0.00	0.00
Totaux	2 900.00	1 011.03	1 888.97		1 255.00

Dossier n° :

Règlement compagnie (Dhs)

1 255.00

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

(**) Médicament NR

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

- ① Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
- ② Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
- ③ 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 dioptre et la facture de l'opticien renseignée par les numéros de nomenclature des verres.
- ④ 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.
- ⑤ 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.).
- ⑥ 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.
- 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 durent 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.

réf : 14 / 0102 / V0506



شركة التامين و إعادة التامين أطلانتا
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA
Entreprise régie 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 SFIHAN

Prénom du patient (e) : Sihem

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : Moi-même

Montant des frais exposés (en DH) : 300 + 2600

A : CASABLANCA le 01, 10, 2019 Signature de l'adhérent (e) :

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : KABAOUA SIHAI

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie^(*) : Affection ouverte

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	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	04-09-01/09	C 3		3000H	<p>Dr. LAOUI professeur de Chirurgie sise à 76 Boulevard Abdellatif Résidence Koutoubia Casablanca - Tel/Fax: 0527 99 46 80</p>
PHARMACIE					
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN	11/09 2019			2600	<p>L'opticien Dr. Haimi 303 Souk El Dera Casablanca Tél: 02 88 71 11 11</p>

LUNETTES EL HANAA

Souk Ennajd Derb Ghallef
N° 509
Patente : 34717241

نظارات الهناء

سوق النجد درب غلف
الرقم 509
الباتنت - 34717241

DATE : 11 09 2019 No 006340

NOM : RA BAOUA
PRENOM : Sihem

- DOCTEUR :	RADOUA SS	PRIX
- NOMENCLATURE : N°	451 102	

OD : AXE	80	CYL	-1,25	SPH	-1,25	Prix	600
VL							

OG : AXE	90	CYL	100	SPH	-1,00	Prix	600

ADD :							
-------	--	--	--	--	--	--	--

OD : AXE		CYL		SPH			
----------	--	-----	--	-----	--	--	--

VP							
----	--	--	--	--	--	--	--

OG : AXE		CYL		SPH			
----------	--	-----	--	-----	--	--	--

Verres	CDR C. Dallaglio J. M. L. M.					
--------	------------------------------	--	--	--	--	--

Monture	Cecilia					
---------	---------	--	--	--	--	--

Facture Arrêtée à la somme de :	1111,81 X 100					
---------------------------------	---------------	--	--	--	--	--

	1400					
--	------	--	--	--	--	--

	8600					
--	------	--	--	--	--	--

Professeur N. LAOUISSI

Spécialiste en Ophtalmologie
Maladies et Chirurgie des Yeux
Ex. Professeur à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de CASABLANCA
EX Attachée au CHU de Nantes (France)
Microchirurgie de l'Oeil
Strabisme - Phacoemulsification
Angiographie - Laser - Lentilles de Contact
Chirurgie Réfractive
Agrée en Médecine Aérospatiale

Casablanca le :

الأستاذة لعويسى. ن.

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء

ملحقة سابقاً بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)

جراحة الساد (الجلالة) بالأمواج فوق الصوتية

تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر

جراحة الحول

4-9-019

RA BAOUA Sihem

lunette VL
pre lunettes

OD (80° - 125) -1

OD (90° - 1) -1

Lunettes El Hanan
Souk Ennajd Derb Ghallef
Casablanca - Maroc - Tel: 0522 927 09

LAOUISSI Nadia
Professeur en Ophtalmologie
Sise à 78 Boulevard Abdellatif Koutoubia - Casablanca
Sise à 78 Boulevard Abdellatif Koutoubia - Casablanca
Casablanca - Maroc - Tel: 0522 927 09

76, Bd. Abdelmoumen - Résidence Koutoubia, 1ère Etage Casablanca
Tél : 05 22 99 46 00 - 05 22 99 00 15