

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.



Declaration de Maladie

N° W19-494556

Je compte de remboursement

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11049 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : CX

Nom & Prénom : KARROUTI YOUSSEF

Date de naissance : 02/11/1968

Adresse :

Tél. : 0669902802 Total des frais engagés : 2500

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 NOV. 2019

Nom et prénom du malade : KARROUTI YOUSSEF 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'at: 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 : CASA Le : 28 NOV 2019

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° règlement : 2019538146

N° chèque : 506441793

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2011.00000018-00

Ste contractante : Wafa ASSURANCES

Soin du : 04/09/2019

Adhésion n° : 00000659

Adhérent(e) : RABAOUA SIHAM

Sinistre n° : 040.2019.10181588

Malade : Lui même

Déclaré le : 04/10/2019

Date décision : 01/11/2019

Numéro RIB :

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



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) :

(*) Médicament NR

Signature Adhérent(e)



شركة التأمين وإعادة التأمين أطلانطا
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 SIHAN

Prénom du patient (e) : Siham

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

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

A : CASABLANCA le 21 / 10 / 2019 Signature de l'adhérent (e) : [Signature]

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil

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 dioptrie 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 / V 0506

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : KABAOUA SIHA

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie ^(*) : Alzheimer ou lésion

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	COTA- TION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDICINS TRAITANTS	04-09-2019	C 3		3000DH	Dr. LAOUATI Professeur de Opht Sise à 16 Boulevard Abdou Résidence Koutoubia Casablanca - Tél: 6627994680
PHARMACIE					
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN	11/09- 2019			2600	Amel 509 Souf Ennaji Casa - Tél: 020

FEUILLE DENTAIRE

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

☐ DEVIS

EXÉCUTION

Etabli le :

Commencé le :

Terminé le :

Traitement

(à remplir SVP)

SOINS

PROTHESE ET ODF

This diagram illustrates a cross-section of a mollusk's foot, showing its internal anatomy. The foot is elongated and tapers at both ends. A central, dark, wavy line represents the digestive tract. The foot is divided into several regions, each containing different types of cells and structures. The regions are labeled with letters: 'A' at the anterior end, 'B' at the posterior end, 'C' at the top, and 'D' at the bottom. The foot is also divided into numbered sections (1 through 13) along its length. The diagram shows the arrangement of various cells, including those with star-shaped nuclei, and the overall structure of the foot's internal organs.

Date	Dents traitées
------	----------------

Nature
de l'acte

Coef.

Nature de la prothese ou semestre de l'ODF	Cotation
Prothèse fixe	1
Prothèse amovible	2
Prothèse partielle	3
Prothèse totale	4
Prothèse mixte	5
Prothèse temporaire	6
Prothèse permanente	7
Prothèse temporaire	8
Prothèse permanente	9
Prothèse temporaire	10
Prothèse permanente	11
Prothèse temporaire	12
Prothèse permanente	13
Prothèse temporaire	14
Prothèse permanente	15
Prothèse temporaire	16
Prothèse permanente	17
Prothèse temporaire	18
Prothèse permanente	19
Prothèse temporaire	20
Prothèse permanente	21
Prothèse temporaire	22
Prothèse permanente	23
Prothèse temporaire	24
Prothèse permanente	25
Prothèse temporaire	26
Prothèse permanente	27
Prothèse temporaire	28
Prothèse permanente	29
Prothèse temporaire	30
Prothèse permanente	31
Prothèse temporaire	32
Prothèse permanente	33
Prothèse temporaire	34
Prothèse permanente	35
Prothèse temporaire	36
Prothèse permanente	37
Prothèse temporaire	38
Prothèse permanente	39
Prothèse temporaire	40
Prothèse permanente	41
Prothèse temporaire	42
Prothèse permanente	43
Prothèse temporaire	44
Prothèse permanente	45
Prothèse temporaire	46
Prothèse permanente	47
Prothèse temporaire	48
Prothèse permanente	49
Prothèse temporaire	50
Prothèse permanente	51
Prothèse temporaire	52
Prothèse permanente	53
Prothèse temporaire	54
Prothèse permanente	55
Prothèse temporaire	56
Prothèse permanente	57
Prothèse temporaire	58
Prothèse permanente	59
Prothèse temporaire	60
Prothèse permanente	61
Prothèse temporaire	62
Prothèse permanente	63
Prothèse temporaire	64
Prothèse permanente	65
Prothèse temporaire	66
Prothèse permanente	67
Prothèse temporaire	68
Prothèse permanente	69
Prothèse temporaire	70
Prothèse permanente	71
Prothèse temporaire	72
Prothèse permanente	73
Prothèse temporaire	74
Prothèse permanente	75
Prothèse temporaire	76
Prothèse permanente	77
Prothèse temporaire	78
Prothèse permanente	79
Prothèse temporaire	80
Prothèse permanente	81
Prothèse temporaire	82
Prothèse permanente	83
Prothèse temporaire	84
Prothèse permanente	85
Prothèse temporaire	86
Prothèse permanente	87
Prothèse temporaire	88
Prothèse permanente	89
Prothèse temporaire	90
Prothèse permanente	91
Prothèse temporaire	92
Prothèse permanente	93
Prothèse temporaire	94
Prothèse permanente	95
Prothèse temporaire	96
Prothèse permanente	97
Prothèse temporaire	98
Prothèse permanente	99
Prothèse temporaire	100
Prothèse permanente	101
Prothèse temporaire	102
Prothèse permanente	103
Prothèse temporaire	104
Prothèse permanente	105
Prothèse temporaire	106
Prothèse permanente	107
Prothèse temporaire	108
Prothèse permanente	109
Prothèse temporaire	110
Prothèse permanente	111
Prothèse temporaire	112
Prothèse permanente	113
Prothèse temporaire	114
Prothèse permanente	115
Prothèse temporaire	116
Prothèse permanente	117
Prothèse temporaire	118
Prothèse permanente	119
Prothèse temporaire	120
Prothèse permanente	121
Prothèse temporaire	122
Prothèse permanente	123
Prothèse temporaire	124
Prothèse permanente	125
Prothèse temporaire	126
Prothèse permanente	127
Prothèse temporaire	128
Prothèse permanente	129
Prothèse temporaire	130
Prothèse permanente	131
Prothèse temporaire	132
Prothèse permanente	133
Prothèse temporaire	134
Prothèse permanente	135
Prothèse temporaire	136
Prothèse permanente	137
Prothèse temporaire	138
Prothèse permanente	139
Prothèse temporaire	140
Prothèse permanente	141
Prothèse temporaire	142
Prothèse permanente	143
Prothèse temporaire	144
Prothèse permanente	145
Prothèse temporaire	146
Prothèse permanente	147
Prothèse temporaire	148
Prothèse permanente	149
Prothèse temporaire	150
Prothèse permanente	151
Prothèse temporaire	152
Prothèse permanente	153
Prothèse temporaire	154
Prothèse permanente	155
Prothèse temporaire	156
Prothèse permanente	157
Prothèse temporaire	158
Prothèse permanente	159
Prothèse temporaire	160

COUT GLOBAL DES SOINS

COUT GLOBAL DE LA PROTHESE OU DE L'ODF

DH :

Avis du médecin conseil de la Compagnie

Cachet et signature du praticien

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

N° 006340

NOM : RA BAOUA

PRENOM : SIHAM

- DOCTEUR : N LAOUISSI

- NOMENCLATURE : N° 401 402

PRIX

OD : AXE 80° CYL -1.25 SPH -1.00

6.00

OG : AXE 90° CYL -1.00 SPH -1.00

6.00

ADD :

OD : AXE CYL SPH

OG : AXE CYL SPH

Verres

Monture

Facture Arrêtée à la somme de :

1400

2600

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 Aéropatiale

الأستاذة لعويصي. ن

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون
أستاذة جامعية بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
ملحقة سابقا بالمستشفى الجامعي بنانت (فرنسا)
جراحة الساد (الجلالة) بالأمواف فوق الصوتية
تخطيط الشبكية الوعائي - جراحة تصحيح البصر بالليزر
جراحة الحول

Casablanca le : 4-9-19

RA BAOUA Siham

lunettes VL
pre vue

OD (80° - 1.25) - 1

OG (90° - 1) - 1

LUNETTES EL HANAA
509, Souk Ennajd Derb Ghallef
Csa - Tél : 05 22 99 46 00

Professeur en Ophtalmologie
N. LAOUISSI
Sise a 78 Boulevard Koutoubia
Casablanca - Tél : 05 22 99 46 00

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