

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Complémentaire Déclaration de Maladie

M22- 0018705

148269

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794

Société : RAM

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Retraité

Nom & Prénom : OUCHAFA SA Med

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1496,10 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 : 5 / 2 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



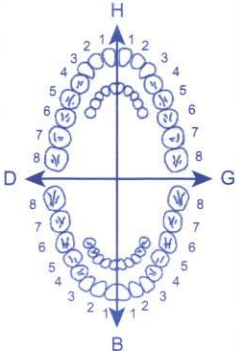
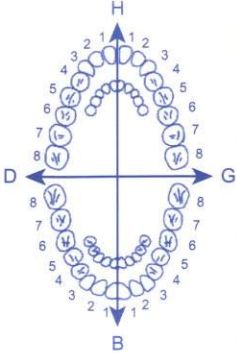
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES   | Dents<br>Traitées   | Nature des<br>Soins | Coefficient |   |
|---|---|---------------------|-------------|---|
|    |   |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/> |
|   |   |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>      |
|   |   |                     |             | DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>       |
|   |   |                     |             | FIN D'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>         |
|   |   |                     |             |   |
|   |   |                     |             |   |
|   |   |                     |             |   |
|   |   |                     |             |   |
|   |   |                     |             |   |
|   |   |                     |             |   |
| O.D.F<br>PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT<br>MASTICATOIRE  |                     |             |   |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <p>H</p> <p>25533412 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 35533411</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>H</p> <p>21433552 00000000</p> <p>G</p> <p>00000000 11433553</p> </div> </div> <p>B</p> |                     |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 80px;" type="text"/> |
|   | <p><b>(Création, remont, adjonction)</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>  |                     |             | MONTANTS DES SOINS <input style="width: 80px;" type="text"/>      |
|   |   |                     |             | DATE DU DEVIS <input style="width: 80px;" type="text"/>           |
|   |   |                     |             | DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 80px;" type="text"/>     |
|   |   |                     |             |   |
|   |   |                     |             |   |
|   |   |                     |             |   |
|   |   |                     |             |   |
|   |   |                     |             |   |
|   |   |                     |             |   |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES |  | Dents<br>Traitées | Nature des<br>Soins | Coefficient |                            |
|-----------------|--|-------------------|---------------------|-------------|----------------------------|
|                 |  |                   |                     |             | Coefficient<br>des Travaux |
|                 |  |                   |                     |             |                            |
|                 |  |                   |                     |             |                            |
|                 |  |                   |                     |             |                            |
|                 |  |                   |                     |             | Montants<br>des Soins      |
|                 |  |                   |                     |             |                            |
|                 |  |                   |                     |             |                            |
|                 |  |                   |                     |             |                            |
|                 |  |                   |                     |             | Debut<br>d'Execution       |
|                 |  |                   |                     |             |                            |
|                 |  |                   |                     |             | Fin<br>d'Execution         |
|                 |  |                   |                     |             |                            |


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |   |          |
|---|----------|---|----------|
|   |          | H |          |
|   | 25533412 |   | 21433552 |
|   | 00000000 |   | 00000000 |
| D |          |   | G        |
|   | 00000000 |   | 00000000 |
|   | 35533411 |   | 11433553 |
|   |          | B |          |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



|          |          |
|----------|----------|
| H        |          |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | G        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B        |          |

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

**(Création, remont, adjonction)**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Reçu le : 18/01/2023

**Signature Adhérent(e)**





AtlantaSanad  
ASSURANCE



AS0002365845/20

CONVENTION GROUPE

## DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Número d'adhésion

AtlantaSanad

Date de

Dépôt du dossier

Número de bordereau

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Número de Sinistre

(si ouverture par système)

Cachet Contractante

A remplir par l'assuré

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

ELKHAYAT TAHERA

N° CIN

8349234

Nom et prénom du malade

ELKHAYAT TAHERA

Lien de parenté

elle même

Date des soins

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

249690 DHS

*[Signature]*

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 :

Número d'adhésion :

Frais exposés

249690 DHS

Date de dépôt :

13/1/23

N° de sinistre :

Número de bordereau :

Date des soins :

(si ouverture par système)



AS0002365845/20

### RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER 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 PPV 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, reéducation ... etc.).

6 Lorsque la personne malade bénéficie d'un autre régime de prévoyance, l'assuré devra remettre à la Compagnie l'original du document 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 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. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le n° A-A-101/2014

NOM et Prénom du malade EL KHAYAT TAHRA Age : 45 Ans  
Nature de la maladie Diabète + HTA + Anémie + Bactériémie  
En cas d'Accident (Causes et Circonstances) Chute de hauteur

[illegible]

| <p>Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.</p> | <input type="radio"/> DEVIS<br>Etabli le ..... |  | <input type="radio"/> TRAITEMENT<br>Commencé le .....<br>Terminé le ..... |  |   |
|---|--|--|---|--|---|
|   | S O I N S                                      |  |   | P R O T H E S E  |   |
|   | Dates  | Dents traitées   | Nature de l'intervention  | Coefficient  | Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons<br><input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction |
|   |  |  |   |  |   |
|   |  |  |   |  |   |
|   |  |  |   |  |   |
|   |  |  |   |  |   |
|   |  |  |   |  |   |
|   |  |  |   |  |   |
|   |  |  |   |  |   |
|   |  |  |   |  |   |
|   |  |  |   |  |   |
| Partie réservée au contrôle   |  | Montant des soins<br>DH                                      |   | Montant de la prothèse<br>DH   |   |
|   |  | Cachet et Signature du praticien<br>(s'il s'agit d'un devis) |   | Cachet et Signature du praticien<br>attestant l'exécution et le paiement des<br>soins (et ou) de la prothèse |   |



Docteur Fadoua BELACHMI

MÉDECINE GÉNÉRALE

- Diu er Diapétologie  
de la F.M.P.R

- Permis de Conduire



الدكتورة فدوى بلهشمي

الطب العام

- حاصلة على دبلوم في داء السكري

من كلية الطب - الرباط

- رخص السياقة

05 22 75 73 74

Casablanca Le : 15/12/2012

الدار البيضاء في

AMM 100 x 5

Humalog 80

30 - 30 - 30 x 15 (N=9)

INPE 092050814

851

Amfor

1cp 15 (N=1)

63100

Nacron

800 - 8cp

1cp 15 (N=1)

79100

Apoisol

800 x 315

65100

Bio sanguin

1cp x 2

45150

Cataflam

800 - 8cp

1cp x 315

DR. BELACHMI Fadoua  
Médecin Généraliste  
24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1<sup>er</sup> Etage  
Ain Sebaa Casablanca

24، شارع الحاج أحمد مكوار الطابق الأول عين سبع - الدار البيضاء

24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1<sup>er</sup> Etage Ain sebaa (prés de Iksa fekak) - Casablanca

rubrique 6)

| MONTANT H.T | TAUX T.V.A | MONTANT T.V.A | NET A PAYER |
|-------------|------------|---------------|-------------|
|             |            |               | 500         |

Arrêtée la présente fatcture à la somme de : .....

Mansour Bloc 55 N°10 Sidi Bernoussi - Casablanca - MAROC - Tél/Fax : 05 22 73 44 73

R.C : 360616 - PATENTE : 31642013 - C.N.S.S : 7287479 - I.F : 52811269 - I.C.E : 000500324000054

Compte N° : 021780000018302706817190 Banque Crédit du Maroc - Casablanca - paraillyasse@gmail.com





Docteur Fadoua BELACHMI

MÉDECINE GÉNÉRALE

- Diu en Diabétologie

de la FMPR

- Permis de Conduire



الدكتورة فدوى بلهشمي

الطب العام

- حاصلة على دبلوم في داء السكري

من كلية الطب - الرباط

- رخص السياقة

05 22 75 73 74

Casablanca Le : 15/12/2022 في الدار البيضاء

EL KHAYAT TAHRA

3<sup>me</sup> Ben-de lott unhor plus

1 app x 3/5 (N=02)

2<sup>me</sup> laucette

1 app x 3/5



24، شارع الحاج أحمد مكوار الطابق الأول عين سبع - الدار البيضاء

24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1<sup>er</sup> Etage Aïn sebaa (prés de fkas fekak) - Casablanca