

# 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	6794	Société :	RAM ZETROILE
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	148271
Nom & Prénom :		ODHAFSA med	
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : 1683,00 Dhs	

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	/
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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) :



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

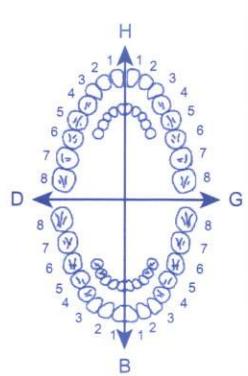
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
D	25533412   21433552 00000000   00000000
	00000000   00000000 35533411   11433553

**[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

N° règlement : 2023021050

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Adhésion n° : 00000086

Malade : Lui même

Numéro RIB : 013780010032184320013948

**AtlantaSanad**  
ASSURANCE  
**DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE**

Ste contractante : RENAULT COMMERCE MAROC

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHLA Soin du : 23/12/2022

Déclaré le : 20/01/2023 Sinistre n° : 040.2022.00910131

Date décision : 23/01/2023

Reçu le : 18/01/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE	40.00	0.00	40.00	80.00	32.00
Pharmacie	98.30	0.00	98.30	80.00	78.64
RADIOLOGIE	1 000.00	0.00	1 000.00	80.00	800.00
Pharmacie	244.70	0.00	244.70	80.00	195.76
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
<b>Totaux</b>	<b>1 683.00</b>	<b>0.00</b>	<b>1 683.00</b>		<b>1 346.40</b>
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			<b>1 346.40</b>

Observation(s) :

Signature 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 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 .
  - 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, reéducation ... etc.).
  - ❻ Lorsque la personne malade bénéfice 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.
  - ❼ A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.
  - ❽ 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.
  - ❾ 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.
  - ❿ 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.
  - ⓫ 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).
  - ⓬ Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.
  - ⓭ Les pièces justificatives des frais engagés transmises à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.
  - ⓮ 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

**CONVENTION GROUPE**

**DECLARATION DE MALADIE**

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion ..... Date de .....  
AtlantaSanad Dépôt du dossier

Numéro de bordereau .....

Matricule de l'assuré .....

N° de police / N° de filiale .....

Numéro de Sinistre .....

(si ouverture par système)

Cachet Contractante

N° CIN 3349234

A remplir par l'assuré

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

EL KHAYAT TA HRA

Nom et prénom du malade

EL KHAYAT TA HRA

Lien de parenté

de même

Date des soins .....

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés .....

CONF

1544,70 Dhs

+ 98,30

Cadre réservé à AtlantaSanad

1663,10

x 1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

1663,10

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade ..

#### Nature de la maladie

#### **En cas d'Accident (Causes et Circonstances)**

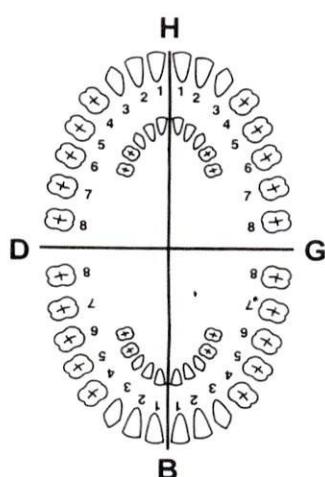
Age :

Ans

## DETAIL DES SOINS

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION				EXECUTION DES ORDONNANCES		
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'Et. hospitalier	Dates	Montant	Cachet du Pharmacien
3 DEC 2022	CS	300	<b>DR MOHAMED DAKHCH</b> SPECIALISTE EN MEDICINE INTERNE AV. C. IMM. 10 A.M. 1, CASABLANCA TEL: 062-62-01-95	23/12/22	244,70	<b>PHARMACIE AL AMAL</b> TARIF: 092050814
22/22	CR	100	<b>DR MOHAMED DAKHCH</b> SPECIALISTE EN MEDICINE INTERNE AV. C. IMM. 10 A.M. 1, CASABLANCA TEL: 062-62-01-95	16/12/22	98,20	<b>PHARMACIE AL AMAL</b> TARIF: 092050814
ANALYSES - RADIOPHARMACIENS						
Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien	<b>DR MOHAMED DAKHCH</b> SPECIALISTE EN MEDICINE INTERNE AV. C. IMM. 10 A.M. 1, CASABLANCA TEL: 062-62-01-95		
22/22	ENR	100,00	<b>PHARMACIE AL AMAL</b> TARIF: 092050814	<b>DR MOHAMED DAKHCH</b> SPECIALISTE EN MEDICINE INTERNE AV. C. IMM. 10 A.M. 1, CASABLANCA TEL: 062-62-01-95		
ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX						
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien	<b>DR MOHAMED DAKHCH</b> SPECIALISTE EN MEDICINE INTERNE AV. C. IMM. 10 A.M. 1, CASABLANCA TEL: 062-62-01-95		
24/12/22	IM	40 DH	<b>PHARMACIE AL AMAL</b> TARIF: 092050814	<b>DR MOHAMED DAKHCH</b> SPECIALISTE EN MEDICINE INTERNE AV. C. IMM. 10 A.M. 1, CASABLANCA TEL: 062-62-01-95		

## SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.

دار البيضاء، في ..... Casablanca, le :..... 26 DEC 2011

26 DEC 20

EL KAYA

S.W.

THARA

S.V

Hudson's Son

ZM/j fm/z

29.8

Laotul 81

84  
58t. mat - A

T 98,30

D<sup>r</sup> MOHAMED DAKHCHI  
SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE  
~~HAY MOHAMMADIE~~  
AV. C IMM 1000 - 1. CASABLANCA  
TEL. 052 62 01 98

**PHARMACIE RIZK**  
DIT ERIC  
S. PROCHAIN  
AIN SEBAA  
TÉL: 022.35.85.29  
INPE 02050814

**AVENUE "C" IMM. 10 HAY MOHAMMADI - CASABLANCA - Tél. : 05 22 62 01 95  
Email : dr.dakhch.med@gmail.com**

**Docteur Mohamed DAKHCH**

**Spécialiste en Médecine Interne**

Ançien Médecin du C.H.U

IBN ROCHD

Rhumatologie - Maladies du Sang

Ex Chef du Service de Médecine

à l'Hôpital Bouafi

**الدكتور محمد الضخش**

اختصاصي في الطب الباطني

طبيب سابق بمستشفى ابن رشد

أمراض المفاصل - الأمراض الدموية

(الروماتيزم)

رئيس سابق بقسم مصلحة الطب

بمستشفى محمد بو الوافي

Casablanca, le : ..... 23 DEC 2022 الدار البيضاء، في :

132<sup>o</sup> El KHAYAT TAHRIR  
Grosesse 25 S.V.  
30<sup>o</sup> SESSILE 4 S.V.  
291<sup>o</sup> VITAMINIQUE fat S.V.  
31<sup>o</sup> voltura Faecal localisé S.V.

34 244170

DR MOHAMED DAKHCH  
SPECIALISTE EN MEDECINE INTERNE  
HAY MOHAMMADI  
AV. C. IMM. 10 - N°1 CASABLANCA  
TEL: 022 427 01 95

AVENUE "C", IMM. 10 HAY MOHAMMADI - CASABLANCA - Tél. : 05 22.62.01.95  
E-mail : dr.dakhch.med@gmail.com