

# 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6794

Société :

RAM

148268

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

retiré

Nom & Prénom : DUHAESA

med

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 628,00 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 : 1 / 21 / 23

Signature de l'adhérent(e) : .....

8

#### **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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## **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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVI

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

N° règlement : 2023009831

### **DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE**

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Ste contractante : RENAULT COMMERCE MAROC

Adhésion n° : 00000086

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Soin du : 12/12/2022

Malade : Lui même

Déclaré le : 01/01/2023

Sinistre n° : 040.2022.00844640

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Date décision : 26/12/2022

Reçu le : 21/12/2022

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	80.00	240.00
(*) Pharmacie	328.00	246.00	82.00	80.00	65.60
<b>Totaux</b>	<b>628.00</b>	<b>246.00</b>	<b>382.00</b>		<b>305.60</b>
Dossier n°	AS0002365839/20	Règlement compagnie (Dhs)			<b>305.60</b>

Observation(s) :

(\*) NR/THEALOSE.PHYLARM

Signature Adhérent(e)



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 .....

Cachet Contractante

Matricule de l'assuré .....

N° de police / N° de filiale .....

Numéro de Sinistre .....

(si ouverture par système)

A remplir par l'assuré

N° CIN B349234

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

ELKHAYAT TANRA

Lien de parenté .....

Nom et prénom du malade

ELKHAYAT TANRA

Date des soins 12/12/2022

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés 628,00 Dhs

Cadre réservé à Atlantasanal

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le : .....

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

### N° DECLARATION

Nom de l'assuré : ELKHAYAT TANRA Matricle : ..... CIN : .....

N° de police / N° de filiale : ..... Numéro d'adhésion : .....

Frais exposés : 628,00 dh

Date de dépôt : 15/12/2022

N° de sinistre : .....  
(si ouverture par système)

Numéro de bordereau : ..... Date des soins : .....

AS0002365839/20

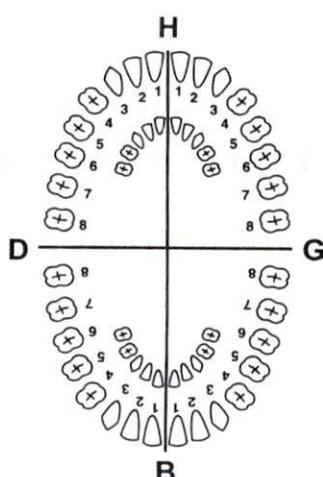
**A. REMPLIR PAR LE MEDECIN**

NOM et Prénom du malade : EKHYAYAT TAHLA Age : 72 Ans  
Nature de la maladie : *she had a fall*  
En cas d'Accident (Causes et Circonstances) :

## 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	Pharmacien
12/12/22	3000	3000	12/12/22 3000	12/12/22	3000	ARMADA	CASABLANCA 22-12-22
ANALYSES - RADIGRAPHIES							
Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien				
ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX							
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien				

## **SOINS ET PROTHESE DENTAIRES**



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

Partie réservée au contrôle

## Montant des soins

### Montant de la prothèse

Cachet et Signature du praticien  
(s'il s'agit d'un devis)

Cachet et Signature du praticien  
attestant l'exécution et la paiement des  
soins (et ou) de la prothèse.

Dr Hamid Basma  
Ophthalmologist

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca

Ancien Interné Du CHU Ibn Rochd - Casablanca

Chirurgie de la Cataracte - Chirurgie Réfractive  
kératocône - Lentilles de Contact - Chirurgie des Voies  
Lacrymales - Maladies de la Rétine - Échographie  
OCT et Lasers



طب في جناح العيون

خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء

طبيبة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء

جراحة الجلالة - تصحيح البصر - القرنية المخروطية - العدسات

اللacrème - جراحة المسالك الدمعية - أمراض الشبكية - تصوير

الشبكية - الليزر

## ORDONNANCE

12 décembre 2022

Mme EL KHAYAT Tahra

99,00

PHYLARM



SERUM POUR LAVAGE OCULAIRE matin & soir  
, dans les deux yeux

(41,00 x 4)  
GEL LARMES



1 app le soir, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

14,00

THEALOSE COLLYRE



1 goutte 3 fois / jour et à la demande, dans les deux yeux, pendant 2 Mois

—  
— : 38,00



Résidence Normandie 2, Angle Avenue Nice et Bd Mohamed Sijlmasi, 1<sup>er</sup> étage, N° 100, Bourgogne - Casablanca

نقطة محطة نيس و سالمي محمد السجلماسي، إقامة بوربوندي 2، الطابق الأول، رقم 1، بوركون - الدار البيضاء - المغرب

Tél : 05 22 36 02 36 - GSM : 06 62 06 63 77 - E-mail : drhamidibasma@gmail.com