

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

- Reclamation : 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

M22- 0018704

148867

Matricule : 6794 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : retraite

Nom & Prénom : SOUHAIFSA med

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 141510 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) :

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

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

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISÉ

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AtlantaSanad
ASSURANCE
DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2023024840

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Adhésion n° : 00000086

Malade : Lui même

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Ste contractante : RENAULT COMMERCE MAROC

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA Soin du : 09/01/2023

Déclaré le : 30/01/2023 Sinistre n° : 040.2023.00019944

Date décision : 31/01/2023

Reçu le : 25/01/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	615.10	0.00	615.10	80.00	492.08
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE	500.00	0.00	500.00	80.00	400.00
Totaux	1 415.10	0.00	1 415.10		1 132.08
Dossier n°	AS0002365843/20	Règlement compagnie (Dhs)			1 132.08

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)



**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 décompte de remboursement délivré par l'organisme assureur de base et la photocopie du dossier.
 - 7 À 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 CNPD 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

Cachet Contractante

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

A remplir par l'assuré

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

N° CIN B349234

Nom et prénom du malade

ECHAYAT TAHRA

Lien de parenté

Elle m'aime

Date des soins

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

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 : ECHAYAT

Matricule : 6794 CIN : B349234

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés : 1h15, 100

Date de dépôt :

N° de sinistre :
(si ouverture par système)

Numéro de bordereau :

Date des soins :

AS0002365843/20

~~A. REMPLIR PAR LE MEDECIN~~

NOM et Prénom du malade

Nature de la maladie

En cas d'Accident (Causes et Circonstances):

REMPLEIR PAR LE MEDECIN

Ans
Rt. Spécialiste (Age 1)
Angle Bd. Anfa & Bd. My. Youssfi
Tel: 0522 20 69 47 / 0522 20 77 61
Casablanca

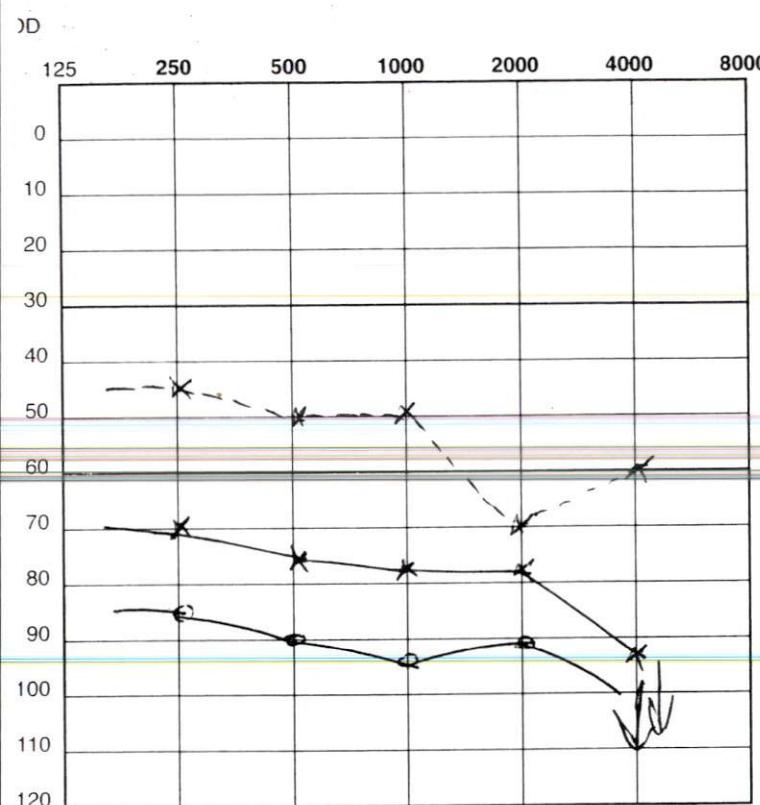
DETAIL DES SOINS

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION				EXECUTION DES ORDONNANCES			
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien				
09/01/23	C2	300,-	Dr. Mohamed M. Youssef Spécialiste de la Chirurgie Angle Bd. M. Amin & Bd. M. Y. Youssef Tel: 0522 20 67 62	09/01/23	615110		
09/01/23	K25	500,-	Dr. Mohamed M. Youssef Spécialiste de la Chirurgie Angle Bd. M. Amin & Bd. M. Y. Youssef Tel: 0522 20 67 62	09/01/23			
ANALYSES - RADIOPHARMACIE				Cachet et Signature du praticien			
Dates	Coefficients	Montant					
ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX							
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien				

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

<p>Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.</p>	<input type="radio"/> DEVIS		<input type="radio"/> TRAITEMENT	
	Etabli le . . .		Commencé le . . . Terminé le . . .	
SOINS				PROTHÈSE
Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	
				Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction
Partie réservée au contrôle		Montant des soins DH		Montant de la prothèse DH
		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

AUDIOMETRIE TONALE



PERTE AUDITIVE

OD	OG
500	
1000	
2000	
4000	
Totaux	

DEFICIT BINAURAL

B.O. $\times 7 =$

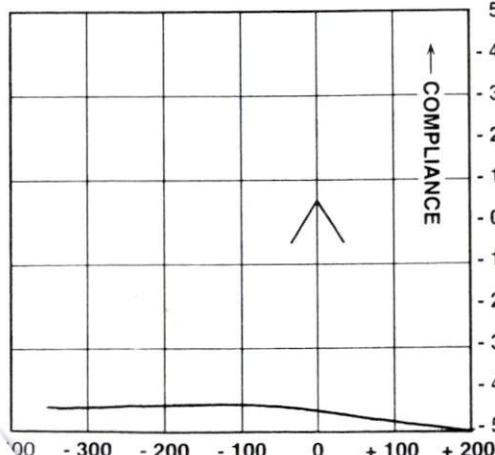
M.O. $\times 1 =$ 8

= %

COA COR

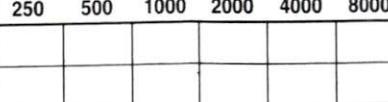
250 500 1000 2000 4000 8000

TYMPANOMETRIE OD



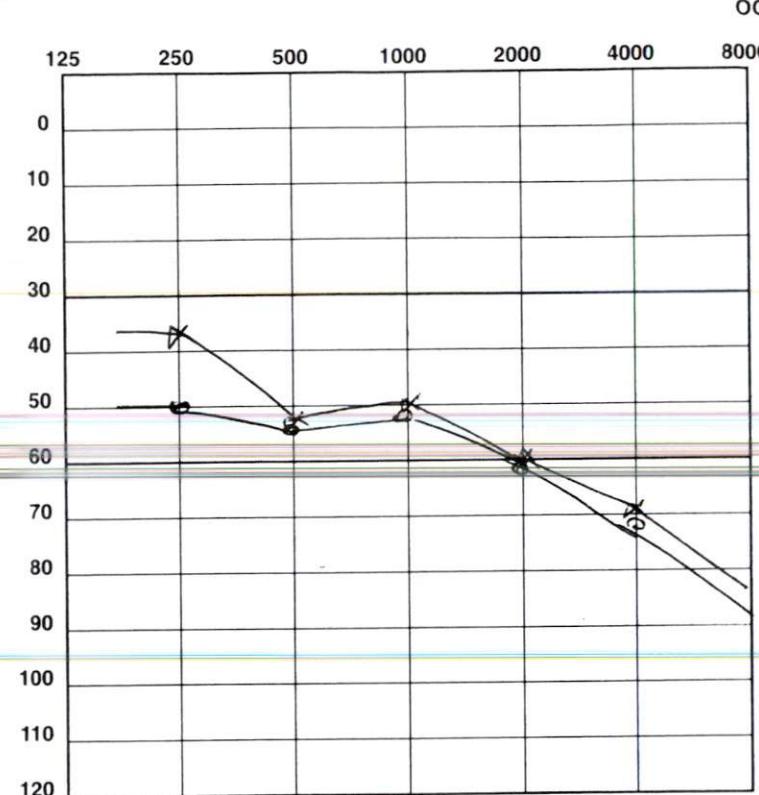
WEBER

Front
Menton



IMPEDANCEMETRIE

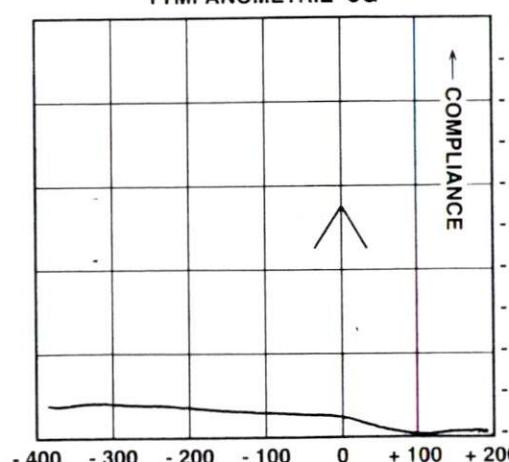
OD		Réflexe - Stapédién		OG	
Contro	Ipsi	500 Hz	1.000 Hz	Contro	Ipsi
dB + O	dB + O	500 Hz	1.000 Hz	dB + O	dB + O
dB + O	dB + O	1.000 Hz	2.000 Hz	dB + O	dB + O
dB + O	dB + O	2.000 Hz	4.000 Hz	dB + O	dB + O
dB + O	dB + O	4.000 Hz		dB + O	dB + O
OG	OD	Stimulation		OD	OG
OD	OD	Réflexe		OG	OG



COA COR

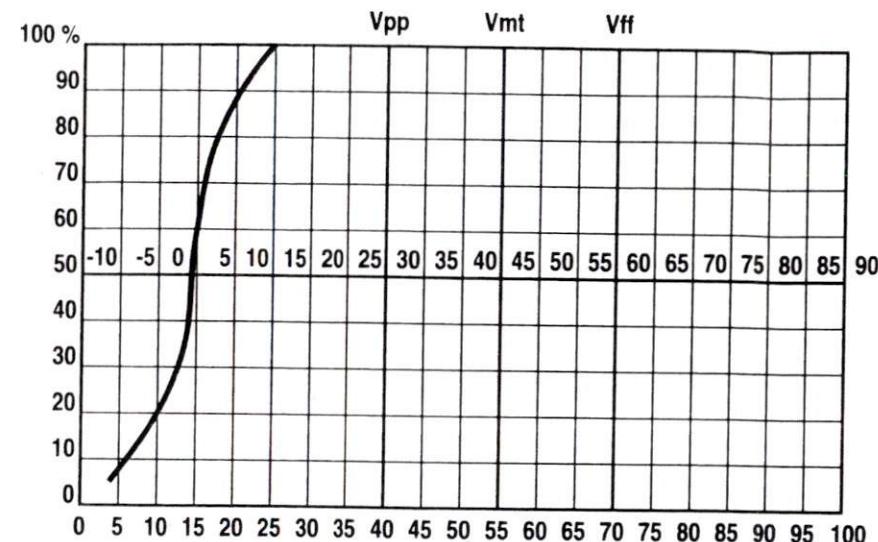
250 500 1000 2000 4000 8000

TYMPANOMETRIE OG



- O.D. : Trait Rouge
- O.G. : Trait Bleu
- + Appareil : Pointillé

EPREUVES VOCALES



Cabinet du Docteur M'hamed CHRAÏBI

Explorations Fonctionnelles

AUDIOGRAMME

Nom : OUHAPSA Prénom : TAHAR

Date de naissance : _____ Profession : _____

Adresse : _____

Médecin traitant : _____
09/01/2022

Observations : _____

Docteur M'hamed CHRAÏBI
Spécialiste O.R.L.
47, Angle Bd. Anfa & Bd. Mly Youssef
Tél: 0522 20 69 43 / 0522 20 77 61
Casablanca

الدكتور محمد الشرابي
Docteur M'hamed CHRAÏBI
Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.
Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus
Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochléaire
Rééducation des vertiges ou troubles de l'équilibre

Casablanca, le : 09/01/2023

Le Docteur

Prie M. Dr. Rafa Tahra

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente
suivant l'usage sa note d'honoraires pour

Audiogramme + impédancemétrie

K25

500 Dhs.

S'élevant à la somme de

Cinq cent dinars

Docteur M'hamed CHRAÏBI
Spécialiste O.R.L.
J. Angle Bd. Anfa & Bd. Mly Youssef
Tél: 0522 20 69 43 & 05 22 20 77 67/68

Résidence Roïa 47, Angle Bd.d'Anfa & Bd. Mly Youssef - 2ème étage - Casablanca
Tél. Cabinet : 05 22 20 69 43 & 05 22 20 77 67/68 - Fax : 05 22 20 71 91

الدكتور محمد الشرابي

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.
Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus
Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochlear
Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

CASABLANCA Le 09/01/2023,

Madame OUHAFSA Tahra

13418

87-70

4718

810

19010

7515

2118

1) NOOTROPHYL 800 CP

1 comprimé 3 fois par jour 1 MOIS

2) VASCOR 35 MG

1 comprimé matin et soir 1 MOIS

3) DASEN CP

2 comprimés 3 fois par jour 15 JRS

4) HISTANORM 10 mg (BTE 30 CP)

1 comprimé le soir 1 MOIS

5) AEROMAX NASAL 200 DOSES

2 pulvérisations le matin pdt 1 mois

6) BRONCHOLIBER GELULE

1 gélule par jour

7) POLYDEXA gouttes auricul

4 gouttes auriculaire 2 fois par jour

INPE 092050814
PHARMACIE
D'ALAHNI PI. SALOUK
DOCTEUR M'hamed CHRAÏBI
SINCE 1985
TÉL: 032 95 86 10

Docteur M'hamed CHRAÏBI
Spécialiste O.R.L.
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux
17, Angle Bd Anfa et Bd. My Youssef - Casablanca
Tél: 05 22 20 69 43 / 05 22 77 67/68
Fax: 05 22 29 71 91 - 05 22 20 71 91
INPE: 091042941 - 167 / 0018340910000951

Résidence Roïa : 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2ème étage - Casablanca
Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91
En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05