

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre : Rehailé

Nom & Prénom : OLEHAFSA Med

Date de naissance : 1.1.52

Adresse : 31015 la Figueira Ain SBA A -

Tél. 06.6510.33.02

Total des frais engagés : 1354,60 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 : 29/8/18

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a dental arch with 28 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper right (1-4), upper left (3-6), lower left (5-8), and lower right (6-9). A vertical arrow labeled 'H' points upwards. A horizontal arrow labeled 'D' points to the left, and a horizontal arrow labeled 'G' points to the right. A vertical arrow labeled 'B' points downwards.

[Création, remont, adjonction]
onctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



N° règlement : 2023030239

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Adhésion n° : 00000086

Malade : Lui-même

Numéro RIB : 013780010032184320013948

DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

Ste contractante : RENAULT COMMERCE MAROC

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Soin du : 10/01/2023

Déclaré le : 09/02/2023

Sinistre n° : 040.2023.00041076

Date décision : 10/02/2023

Reçu le : 08/02/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	754.60	0.00	754.60	80.00	603.68
CONSULTATION DE GENERALISTE	100.00	0.00	100.00	80.00	80.00
BANDELETTE	500.00	0.00	500.00	80.00	400.00
Totaux	1 354.60	0.00	1 354.60		1 083.68
Dossier n°	AS0002546228/20	Règlement compagnie (Dhs)			1 083.68

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 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.
 - 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 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)

ELKHAYAT TAHR

N° CIN 8349234

Nom et prénom du malade

ELKHAYAT TAHR

Lien de parenté

couple

Date des soins

10/1/83

Signature de l'assuré

elle m'aime

Montant des frais exposés 1351,00 dh

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 TAHR

Matriucle : CIN : 834923

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion : Date de dépôt : 9/2/23

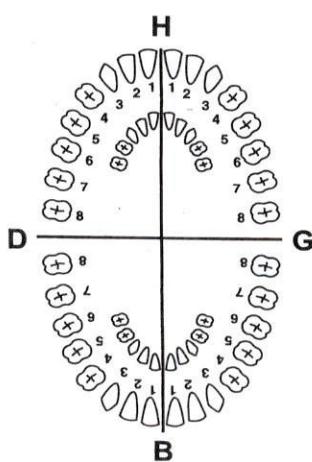
Frais exposés 1351,00 dh

N° de sinistre :
(si ouverture par système)

Numéro de bordereau : Date des soins :

NOM et Prénom du malade		EL KHAJJA TAHRA		Age :		
Nature de la maladie		Diabète + Hypertension				
En cas d'Accident (Causes et Circonstances)						
DETAIL DES ORDONNANCES				EXECUTION DES ORDONNANCES		
CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION				ANALYSES - RADIGRAPHIES		
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'El-hospitalier	Dates	Montant	Cachet du Pharmacien
01.12.2023	CS	1000 DT	Dr. Béchir Radouane Medecin Generaliste Ain Sebaa Casablanca	10/12/23	154,60	Dr. Béchir Radouane Medecin Generaliste Ain Sebaa Casablanca
ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX						
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien			
10/12/23		800				

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



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

<input type="radio"/> DEVIS Etabli le 				<input type="radio"/> TRAITEMENT Commencé le 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 teno <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjoncti	
.....	.....	.....	.....	Prothèse mobile - Couronne - dent à teno <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjoncti	
.....	.....	.....	.....	Prothèse mobile - Couronne - dent à teno <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjoncti	
.....	.....	.....	.....	Prothèse mobile - Couronne - dent à teno <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjoncti	
.....	.....	.....	.....	Prothèse mobile - Couronne - dent à teno <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjoncti	
.....	.....	.....	.....	Prothèse mobile - Couronne - dent à teno <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjoncti	
.....	.....	.....	.....	Prothèse mobile - Couronne - dent à teno <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjoncti	
.....	.....	.....	.....	Prothèse mobile - Couronne - dent à teno <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjoncti	
.....	.....	.....	.....	Prothèse mobile - Couronne - dent à teno <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjoncti	
.....	.....	.....	.....	Prothèse mobile - Couronne - dent à teno <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjoncti	
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	

Docteur Fadoua BELACHMI

MÉDECINE GÉNÉRALE

- Diu en Diabétologie
- de la FMPR
- Permis de Conduire



05 22 75 73 74

Casablanca Le : 10/01/2023 الدار البيضاء في :

111,00x(1) EL KHAYAT TATHRA
- Humol 50 . S.V

30 - 30 - 30 = 1 J (n = 0)

51,00

- tanganel 800 → 8 S.V
1cp x 31 J

22,00

- cedol CP 1cp x 31 J S.V

53,00

- voltaren → 8 S.V

32,10

- Diprosone 100 mg → 14cp x 2 J S.V
200 mg → 14cp x 1 J S.V

الدكتورة فدوى بلهشمي

الطب العام

- حاصلة على دبلوم في داء السكري
- من كلية الطب - الرباط
- رخص السياقة -



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

24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1^o Etage Ain sebaa (près de fkas fekak) - Casablanca

Dr. Fadoua BELACHMI

MÉDECINE GÉNÉRALE

- Diabète en Diabétologie
- de la FMPR
- Permis de Conduire



ادبیوره عدوی بهسمی

الطب العام

- حاصلة على دبلوم في داء السكري
- من كلية الطب - الرباط
- رخص السياقة

05 22 75 73 74

Casablanca Le : 10/01/2023 الدار البيضاء في :

EL KHA YAF TAHRA.

300 1^{er} Bandelette contour plus

1app x 315 (N=2)

200- lancette

1app 15

Dr. BELACHMI Fadoua
Medecin Generaliste
24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1^{er} Etage
Ain Sebaa Casablanca

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

24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1^{er} Etage Ain sebaa (prés de fkas fekak) - Casablanca





PARA ILYASS
Vente des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

Client : EL KHAJA

FACTURE N° 8123

DATE : 10/1/2028

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			80,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :