

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.

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0034792

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Compensatoire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Rehaute 150553
Nom & Prénom : OUCHESSA Med
Date de naissance : 1.1.52
Adresse : 3015 la Figueur Ain SBA -
Tél. 0665103302 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 : 22/2/23

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

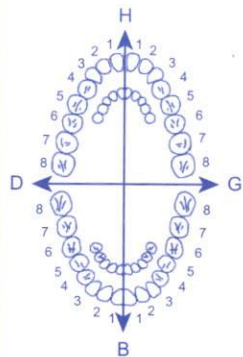
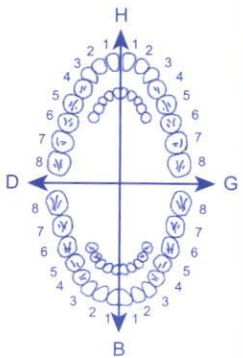
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCOEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B			CCOEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AtlantaSanad
ASSURANCE

N° règlement : 2023030239

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 : 10/01/2023

Malade : Lui même

Déclaré le : 09/02/2023

Sinistre n° : 040.2023.00041076

Numéro RIB : 013780010032184320013948

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

- Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
- Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
- 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.
- 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.
- 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.).
- 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.
- A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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).
- Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.
- Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.
- 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

A30002340220120

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

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales) N° CIN B349234
ELKHAYAT TAHRA
Nom et prénom du malade
ELKHAYAT TAHRA
Date des soins 10/1/23
Montant des frais exposés 1351,60 dh
Signature de l'assuré
Lien de parenté

Cadre réservé à Atlantasanad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation


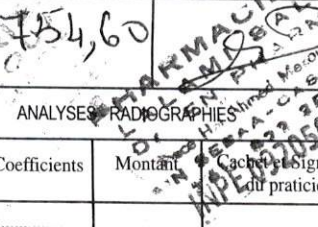
N° DECLARATION

Nom de l'assuré ELKHAYAT TAHRA Matricule : CIN : B349234
N° de police / N° de filiale : Numéro d'adhésion :
Frais exposés 1351,60 dh Date de dépôt : 9/2/23
N° de sinistre : Numéro de bordereau :
(si ouverture par système) Date des soins :


A REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade EL KHAYAT TAHRA Age : _____
 Nature de la maladie Dicete + Elzene
 En cas d'Accident (Causes et Circonstances) _____

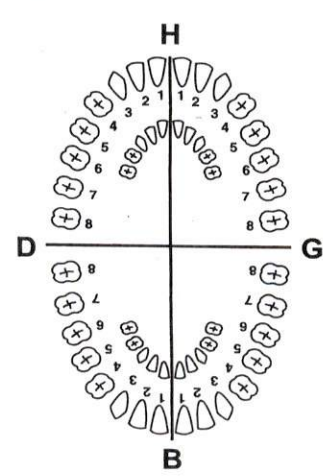
DETAIL DES SOINS

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 du Pharmacien	
10/01/2028	CS	1000DH		10/01/23	754,60		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien

ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX			
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien
10/01/23		800,	

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 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 tenon <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	

Docteur Fadoua BELACHMI

MÉDECINE GÉNÉRALE

- Dipl en Diabétologie
- de la FMPP
- 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 : 10/01/2023 : الدار البيضاء في

Allox (1) ELKHAYAT TATRA
Humalog 50 (S.V)

30 - 30 - 30015 (N=00)

51,00

- tanager 500 → 4 (S.V)
1cp x 315

22,00

- abol cp
1cp x 315 (S.V)

53,00

- voltaren → 8 (S.V)

- Afiderm

32,10

- Diprosone cream
1cp x 215
2cp x 155 (S.V)

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

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

DOCTEUR Fadoua BELACHMI

MÉDECINE GÉNÉRALE

- Diab en Diabétologie

de la FMPR

- Permis de Conduire



الدكتورة فدوى بلحامي

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 KHAYAT THARA.

30, 1^{er} Bandelette antour plus

1 app x 315 (N=2)

20, 1^{er} lancette

1 app 15

Dr. BELACHMI Fadoua
Medecin Generaliste
24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1er Etc
Ain Sebaa Casablanca

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

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



Vente des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

DATE : 10/11/2028

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			810,024