

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.

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- 0034791

Complémentaire

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794

Société : R A M

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Rehaute

Nom & Prénom : OUHAFSA Med

Date de naissance : 11.12

Adresse : 3 lots les Figues Air Sahara

Tél. : 06 65 03 30 21

Total des frais engagés : 1306,80

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

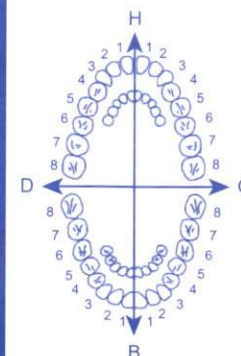
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AtlantaSanad
ASSURANCE

N° règlement : 2023013843

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 : 30/10/2022

Malade : Lui même

Déclaré le : 01/01/2023

Sinistre n° : 040.2022.00801182

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Date décision : 03/01/2023

Reçu le : 07/12/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	806.80	0.00	806.80	80.00	645.44
BANDELETTE	500.00	0.00	500.00	80.00	400.00
Totaux	1 306.80	0.00	1 306.80		1 045.44
Dossier n° : Observation(s) :					Règlement compagnie (Dhs) 1 045.44

Signature Adhérent(e)

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

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION				EXÉCUTION DES ORDONNANCES			
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'Ét. hospitalier	Dates	Montant	Cachet du Pharmacien	
30/10/2022	as	Gratuit	Dr. BELACHMI Fatiha Médecin Généraliste 24, Bd Mohammed Mekouar 1er 4, Bd Hassan Casablanca Ann 5	30/10/22	806,80	PHARMACIE H. ELLOUADI 24, Bd Mohammed Mekouar 1er 4, Bd Hassan Casablanca Ann 5	
				ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien	Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien
				ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX			
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien	Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien
30/10/22		500					

<p style="margin-top: 10px;">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 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 le paiement des soins (et ou) de la prothèse

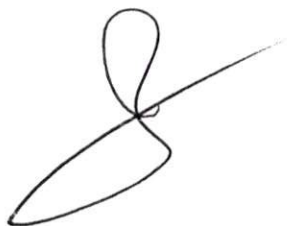
ORDONNANCE

Le: 30/10/2011

EL KHAYAT TAHIR

301 - Bandelette contour plus
1 bandelette x 615 (N=02)

201 - lancettes contour plus
1 lancette 15 (orbit)



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



PARA ILYASS

Vente des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

Client : 07KHAYA1

FACTURE N° 219 / 22

DATE : 30/10/22

Réf.	Désignation	Quantité	Prix U T.T.C	Total T.TC
	Bushellmignon	2	150	300.
	doxette	200	200	200

PARA IL Y A S

Vente des Produits Pararmédicaux et Parapharmaceutiques

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			800

Arrêtée la présente fatcture à la somme de :

adoua BELACHMI
CINE GÉNÉRALE



الدكتورة فدوى بلعشمي

الطب العام

- حاصلة على دبلوم في داء السكري

من كلية الطب-الرباط

- رخص السياقة

MAIE RIEX
u en Diabetologie
A. HADJ AHMED
24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1er Etage
Ain Sebaa Casablanca
Toll 022.35.85.20

INPE 092050814 0522757374

Casablanca le 30/10/2012 : الدار البيضاء في

21.15.17.97 YAT TAIRA

15x111,00 - Humalog 50 (S.V) T. 806,80

30 - 30 - 30 U/I (cf Boite)

74,80

- Sporon 1mg cp (S.V)

87,10 1cp x 215 (cf J)

- Spesfon cp 1cp x 315 (cf J) (S.V)

59,60

- Ennovex snop 1cp x 315 (S.V)

90,00

- Repadine 1cp x 215 (S.V)

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

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

24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1° Etage Ain sebaa (prés de fkas fekak) - casablanca