

# 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 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 Reliaoste

Actif  Pensionné(e)

Autre : 166098

Nom & Prénom : OUIA FSA

Date de naissance : 11/11/52

Adresse : Agadir

Tél. : 06 65 10 33 02

Total des frais engagés : 1239,00 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 : ..... Pathologie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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 : ...../...../.....

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 - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	MONTANTS DES SOINS
	H 25533412   21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

DATE DU DEVIS	DATE DE L'EXECUTION	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° règlement : 2023068711

**AtlantaSanad**  
DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE  
ASSURANCE

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

Déclaré le : 18/05/2023

Soin du : 13/04/2023

Sinistre n° : 040.2023.00253423

Date décision : 19/05/2023

Reçu le : 17/05/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*) Pharmacie	639.00	174.00	465.00	80.00	372.00
BANDELETTE	500.00	0.00	500.00	80.00	400.00
CONSULTATION DE GENERALISTE	100.00	0.00	100.00	80.00	80.00
<b>Totaux</b>	<b>1 239.00</b>	<b>174.00</b>	<b>1 065.00</b>		<b>852.00</b>
Dossier n°	AS0002531399/20	Règlement compagnie (Dhs)			<b>852.00</b>

Observation(s) :

(\*) Médicament NR DOCIVOX + STRENOV NR

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 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 CNDP 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

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)

EL KHAYAT TAHRA

N° CIN B309234

Nom et prénom du malade

EL KHAYAT TAHRA

Lien de parenté

Adulte

Date des soins

13/14/23

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés 1239,00 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 : EL KHAYAT Matricole : ..... CIN : B309234

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

Frais exposés : 1239,00 dh Date de dépôt : 8/15/23

N° de sinistre : ..... Numéro de bordereau : ..... Date des soins : .....

(si ouverture par système)

AS0002531399/20

**NOM et Prénom du malade**

## Nature de la maladie

### En cas d'Accident (Général et Généraliste)

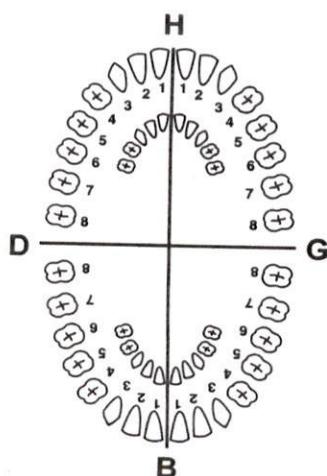
EL KHAYAT TAHRAT  
Drâsât + Râhme.

... Ans

## DETAIL DES SON

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION				EXECUTION DES ORDONNANCES		
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'Et. hospitalisation	Dates	Montant	Cachet du Pharmacien
31/04/2013	CS	100.00	24. BELACHMI Faudua Medecin Generaliste Bd Haj Ahmed Mokhtar Ain Sebaa Casablanca	13/04/2013	639.00	13/04/2013
ANALYSES - RADIGRAPHIES						
Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien			
			24. BELACHMI Faudua Medecin Generaliste Bd Haj Ahmed Mokhtar Ain Sebaa Casablanca			
ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX						
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien			
18/04/2013		60.00	24. BELACHMI Faudua Medecin Generaliste Bd Haj Ahmed Mokhtar Ain Sebaa Casablanca			

## SOINS ET PROTHESE DENTAIBLES



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

Docteur Fadoua BELACHMI

MÉDECINE GÉNÉRALE

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



الدكتورة فدوى بلحشمي

الطب العام

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

① 0522757374

الدار البيضاء في : 13/04/2023  
Casablanca le : 13/04/2023  
EL KHAYAT TAHRAT

111100x4  
- Humelos 50  
30 - 30 - 30 0515 (N=04)

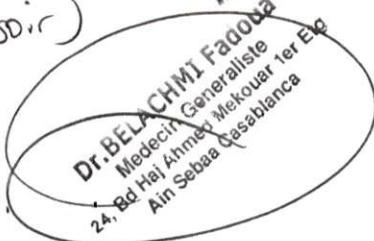
21100  
- felnex secher  
15X315

39100  
- Doceiron sirop de 500x315

- strevor gel

185100 2865 (80ir)

1-639100



24, شارع الحاج أحمد مكوار الطابق الأول عين سبع - الدار البيضاء  
24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1<sup>o</sup> Etage Ain sebaa (près de fkas fekak) - casablanca





**PARA ILYASS**

## Vente des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

**FACTURE N° 39/23**

Client : EKAAPA DAIBA

PARA  
Manson, L. M.  
TOE  
DATE: 1314188

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

Arrêtée la présente facture à la somme de : .....

ACHMI  
GÉNÉRALE  
Spécialisé en Diabétologie  
de la FMPR  
- Permis de Conduire



الدكتورة فدوى بلحشمي

الطب العام

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

① 0522757374

Casablanca le : 13/04/2023 الدار البيضاء في :

EL KITA YAT TAHTA

300/- grande boîte onthor plus  
napp x 6 (5 (N=52)

- lancette onthor plus  
200,- napp 15



24 شارع الحاج أحمد مكوار الطابق الأول عين سبع - الدار البيضاء  
24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1<sup>o</sup> Etage Aïn sebaa (prés de fkas fekak) - casablanca