

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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

M22- 0019803

27/08/2023

Matricule : <u>6294</u>	Société : <u>RA M Rehane</u>	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>OLLEAFSA Ned</u>		
Date de naissance : <u>1.1.52</u>		
Adresse : <u>Lot Les Figuiers Aïn Sefra</u>		
Tél. : <u>0685 10 33 02</u>	Total des frais engagés :	<u>1139,50</u> Dhs

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	/	/
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
<input type="checkbox"/> Enfant		
Nature de la maladie :		
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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.		

MUPRAS
ACCUEIL

16 AOUT 2023

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 :** 16/08/2023
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 Coefficients	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													
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A à H pour les arches.				Coefficient des travaux												
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A à H pour les arches.				Montants des soins												
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A à H pour les arches.				Début d'exécution												
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A à H pour les arches.				Fin d'exécution												
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A à H pour les arches.				Coefficient des travaux												
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A à H pour les arches.				Montants des soins												
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A à H pour les arches.				Date du devis												
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A à H pour les arches.				Date de l'exécution												
Determination du coefficient masticatoire				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS												
<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000	B	35533411	11433553	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														

Docteur Fadoua BELACHMI
MÉDECINE GÉNÉRALE

- Diu en Diabétologie de la FMPR
- Permis de Conduire



الدكتورة فدوى بلهاشمي

الطب العام

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

(05 22 75 73 74

Casablanca le : 31/05/2013 الدار البيضاء في :
EL KHAYAT AT TAHRIT.

300 1 Bandelette contour plis

1app x 615 (n = 52)

200 Lancette contour plis
1app x 25

PAPA YASS
Mansour 11 Casablanca 20000
Tél / fax 05 22 75 73 74
Email : PapaYass@hotmail.fr
CASABLANCA



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



 PARA ILYASS
Vente des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

Client : EL KHAYA
DAR RA

FACTURE N°50/28

PARA: *Mansoor Ali*
DATE: *2/6/98*
Email: *Paradise@...com*

Réf.	Désignation	Quantité	Prix U.T.T.C	Total T.T.C
	Buchleiden 10%	2	150	300
	Loratad. comb fl	210	200	200

PARAILEYASS - Parapharmacie des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques



Paraileyass
Parapharmacie des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques
N°INPI : 00110553
Tél./Fax : 03 88 22 00 00
Email : Paraileyass@wanadoo.fr
GARANTIE 100% SATISFACTION

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			<i>Sell</i>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Docteur Fadoua BELACHMI
MÉDECINE GÉNÉRALE

- Dipl 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

(0522757374

Casablanca le : 31/05/2023 : الدار البيضاء في :
EL KHAYAT TAHRIS.

(111,00x4)
- Humalog min 86 . (S.V)

111,00x4 30 - 30 - 30 ut (N = 04)

- Cetoflam 50 → (S.V)

111,00x2 (S.V)

Doliprane 75 g

111,00 1CPX315 (N = 02)

Rhumia Sachet (S.V)

15 x 31,5

T: 539,00

Dr. BELACHMI Fadoua
Medecin Generaliste
24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1^{er} Etg
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



AtlantaSanad
ASSURANCE

N° règlement : 2023087343

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 : 31/05/2023

Déclaré le : 01/07/2023

Sinistre n° : 040.2023.00337212

Date décision : 23/06/2023

Reçu le : 21/06/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE GENERALISTE	100.00	0.00	100.00	80.00	80.00
(*) Pharmacie	539.50	22.00	517.50	80.00	414.00
BANDELETTE	500.00	0.00	500.00	80.00	400.00
Totaux	1 139.50	22.00	1 117.50		894.00
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			894.00

Observation(s) :

(*) MEDICAMENT NON CONFORME A LA NATURE DE LA MALADIE "RHUMIX"

Signature Adhérent(e)

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : **EL KHAYAT TAWA**

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie^(*) : **Drasete + arthrose**

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances

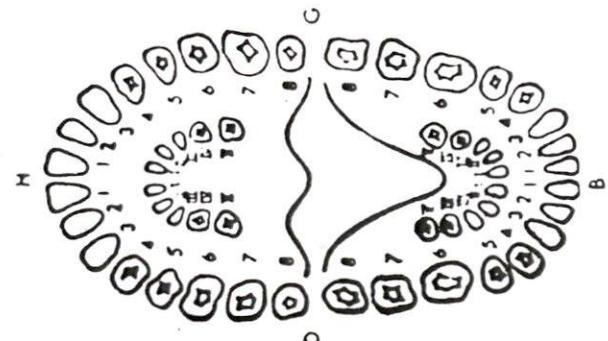
*Dr. Dr. DR. HAJ AHMED Mekour
Medecin Generaliste
24 Bd Haj Ahmed Mekour 1er Elg
An Sebaa Casablanca*

(*) : Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

PRATICIEN / ORTICIER	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	31/05/2013			100,00	<i>Dr. Dr. HAJ AHMED Mekour Medecin Generaliste 24 Bd Haj Ahmed Mekour 1er Elg An Sebaa Casablanca</i>
PHARMACIE	31/05/2013			539,10	<i>Dr. Dr. HAJ AHMED Mekour Medecin Generaliste 24 Bd Haj Ahmed Mekour 1er Elg An Sebaa Casablanca</i>
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					PARA ILYASS
AUXILIAIRES MEDICAUX	2/6/2013			500,00	<i>Dr. Dr. HAJ AHMED Mekour Medecin Generaliste 24 Bd Haj Ahmed Mekour 1er Elg An Sebaa Casablanca</i>

FEUILLE DENTAIRE

SCHEMA DENTAIRE
(à remplir SVP)



<input type="checkbox"/> DEVIS	Établi le :	<input type="checkbox"/> EXÉCUTION	Commencé le :	Terminé le :
SCHEMATE DENTAIRE				
(Précisez impérativement s'il s'agit d'un devis ou d'une facture)				
PROTHESE ET ODF Nature de la prothèse ou semestre de l'ODF				
Cotation				
SOINS Date Dents traitées Nature de l'acte Coef.				
<input type="checkbox"/> PROTHESE ET ODF				
Cotation				
COÛT GLOBAL DES SOINS DH :				
Avis du médecin conseil de la Compagnie				
Cachet et signature du praticien				
COUT GLOBAL DE LA PROTHESE OU DE L'ODF DH :				
Cachet et signature du praticien				

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- ❶ Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
- ❷ Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
- ❸ 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 PPM 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.
- ❹ 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.
- ❺ 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, rééducation ...etc.).
- ❻ 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.
- ❼ A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.
- ❽ 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.
- ❾ 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 durent plus de trois mois, l'assuré est invité à présenter des factures partielles.
- ❿ 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.
- ⓫ 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).
- ⓬ Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.
- ⓭ Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

ref : 14 / 0102 / V0506



شركة التامين و إعادة التأمين اطلنطا
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA
Entreprise privée régie par la loi 17-99 portant code des assurances

FEUILLE DE SOINS

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante

N° de police :

N° d'adhérent :

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : EL KAFAYAT

Prénom du patient (e) : Taha

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : Adhérente

Montant des frais exposés (en DH) : 1359,50 DH

A : 1458 le 12/6/13 Signature de l'adhérent (e) : C.R.

239,50

Liens de téléchargement de l'application mobile Atlanta :

iOS : <http://www.atlanta.ma/iphone>

Android : <http://www.atlanta.ma/android>

Ces liens vous permettent la consultation de vos dossiers maladie.

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil