

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

compensation Déclaration de Maladie

M22- 0019803

17 1976

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6294 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Reha Co

Nom & Prénom : OUMAFSA Ned

Date de naissance : 11/05/52

Adresse : Lot Les Figuiers Aïn Schra

Tél : 0665 10 33 02 Total des frais engagés : 1139,50 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 : 16/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

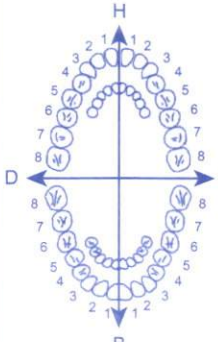
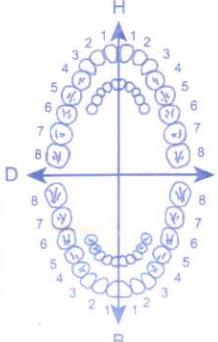
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>													
	<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez 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	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
					FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

	H <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> </table>	25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	CERTIFICAT DES TRAVAUX <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
	25533412 00000000	21433552 00000000						
	D	G						
	00000000 35533411	00000000 11433553						
	B	MONTANTS DES SOINS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>						
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	DATE DU DEVIS <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>							
	DATE DE L'EXECUTION <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Fadoua BELACHMI
MÉDECINE GÉNÉRALE

- Dtu en Diabétologie
de la FMPR
- Permis de Conduire



الدكتورة فدوى بلهشمي

الطب العام

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

① 0522757374

Casablanca le 31/05/2023 : الدار البيضاء في :

EL KHAYAS TARRA.

8001 - Bandelette contour plus

1 app x 615 (N=02)

200 - lancette contour plus

1 app x 215

PARABYASS
Marsouf 21, Bd Hassan II, 20000 Sidi El Houssni
Tél/Fax: 0522 75 73 74 - 05 21 62 12 06
Email: Parabassy@hot.fr
CASABLANCA

DR. BELACHMI Fadoua
Médecin Généraliste
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 Aïn sebaa (prés de fkas fekak) - casablanca



Vente des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

E2 KHAYAI
DARA

DATE : 2/6/28

Handwritten notes at the top of the page include "comb ch", "Luo", "Luo", and "Luo".

A large diagonal watermark reads "PARA ILYASS" followed by "des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques".

In the bottom left corner, there is a circular logo containing a stylized figure holding a staff with a snake coiled around it.

Below the logo, the following text is printed:

- PARA ILYASS
- des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques
- Unité de Production Industrielle
- Rue du Commerce 11, Box 83 - ZONE INDUSTRIELLE DE LA SERRAVALLE
- Tel : 0977 61 21 21 / 0977 61 21 22
- Email : Para@ilyass.com
- CINCHASLANBA.TT

A large handwritten signature or mark is present over the bottom right portion of the document.

So,

.....

Compte N° : 021780000018302706817190 Banque Crédit du Maroc - Casablanca - paraillyasse@gmail.com

Docteur Fadoua BELACHMI
MÉDECINE GÉNÉRALE

- Diplôme en Diabétologie
de la FMPP
- Permis de Conduire



الدكتورة فدوى بلعشمي

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

0522757374

Casablanca le : 31/05/2023 : الدار البيضاء في

ELKHAYAT TAHRA

(111,00 x 4)

- Humalog min 80 (S.V)

30 - 30 - 30 UI (N=04)

- co to flam 30 (S.V)

(14,00 x 2) (S.V)

- Doliprane 7 q

2,00 1cp x 31,5 (N=02)

- Rhumia sachet (S.V)

15 x 31,5

T: 539,50

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



AtlantaSanad
ASSURANCE

N° règlement : 2023087343

DECOMPTÉ DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Ste contractante : RENAULT COMMERCE MAROC

Adhésion n° : 00000086

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Soin du : 31/05/2023

Malade : Lui même

Déclaré le : 01/07/2023

Sinistre n° : 040.2023.00337212

Numéro RIB : 013780010032184320013948

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

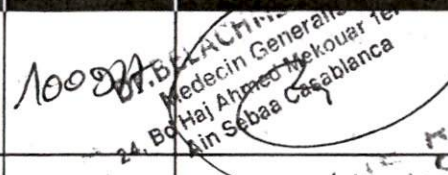
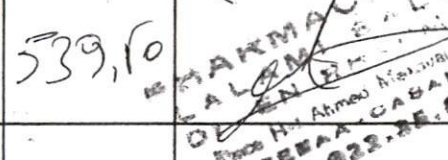
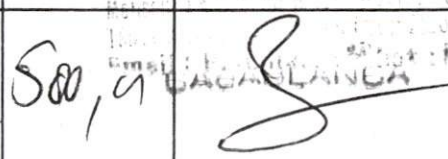
Nom et prénom du patient (e) : EL KHAYAT TAMARA

Age du patient (e) : _____ Date des soins : _____

Nature de la maladie(*) : Drasète arthralgie

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

(*) : 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	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	31/05/2023	CS		100,00	 Dr. Drasète arthralgie 24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1er Etg Ain Sebaa Casablanca
PHARMACIE	31/05/23			539,10	 Dr. Drasète arthralgie 24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1er Etg Ain Sebaa Casablanca
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILAIRES MEDICAUX	2/6/23			500,00	 Dr. Drasète arthralgie 24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1er Etg Ain Sebaa Casablanca
OPTICIEN					

FEUILLE DENTAIRE

(Précisez impérativement s'il s'agit d'un devis ou d'une facture)

☐ DEVIS

☐ EXÉCUTION

Etabli le : _____

Commencé le : _____

Traitement

Terminé le : _____

SOINS

PROTHESE ET ODF

Date

Dents traitées

Nature de l'acte

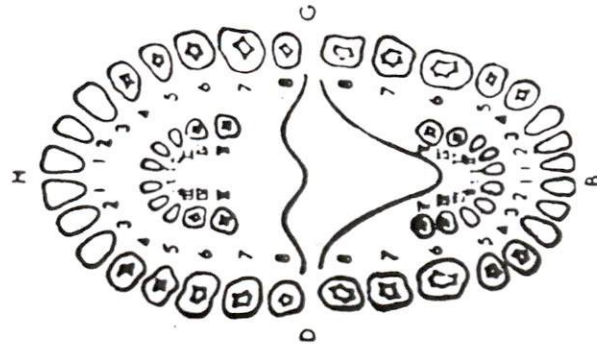
Coef.

Nature de la prothèse ou semestre de l'ODF

Cotation

SCHEMA DENTAIRE

(à remplir SVP)



COUT GLOBAL DES SOINS

COUT GLOBAL DE LA PROTHESE OU DE L'ODF

DH :

Avis du médecin conseil de la Compagnie

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.

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 l'en° A-A-101/2014

réf: 14/0102/V0506

ATLANTA
ASSURANCES

شركة التامين و إعادة التامين اطلانتا
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 KHAYAT

Prénom du patient (e) : Taha

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

Montant des frais exposés (en DH) : 1959,50 DH

A : CUSP le 12/6/25 Signature de l'adhérent (e) :

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

Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de Dirhams

Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél.: 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14/16
C.N.S.S. 1090109 - I.F. 1085137 - R.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 001529660000034