

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



complémentaire
Déclaration de Maladie

M22- 0019800

Maladie Dentaire Optique Autres 171979

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAR
 Actif Pensionné(e) Autre : Releve
Nom & Prénom : OULAFSA Med
Date de naissance : 1-1-52
Adresse : 101 Les Figuiers Aïn Sebba
Tél. : 0665 10 3302 Total des frais engagés : 1738,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age: Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : ALD ALC Pathologie : Pathologie

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 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 : 16/07/2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



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
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 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.
 - 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, rééducation ...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 durent 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.
- 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 len° A-A-101/2014

réf : 14 / 0102 / V 0506



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) : ECMAYAT TAHRA

Prénom du patient (e) : TAHRA

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

Montant des frais exposés (en DH) : 1238, de 200

A : Cosellera le 18/8/23 Signature de l'adhérent (e) : [Signature]

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

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : OUHAFSA TAHRA

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie (*) : AFECTION ORL

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances (*) :

Docteur M'hamed CHRAÏBI
 Spécialiste O.R.L.
 47, Angle Bd. Anfa & Bd. My. Youssef
 Tél: 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67
 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	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	06/06/23	C2 K25		300 Dh 500 Dh	Spécialiste O.R.L. 47, Angle Bd. Anfa & Bd. My. Youssef Tél: 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67 Casablanca Docteur M'hamed CHRAÏBI
PHARMACIE	06/06/2023			438,20	Spécialiste O.R.L. 47, Angle Bd. Anfa & Bd. My. Youssef Tél: 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67 Casablanca
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

INPE 092050817

PHARMACIE RIA
 L'ALAMI SALOMI
 D'EN PHARMA
 1000, Hôpital Mohamed VI
 BOULEVARD - CASABLANCA
 2022 78 90 00

PIJIL DENTAIRE

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

DEVIS

EXÉCUTION

Etabli le :

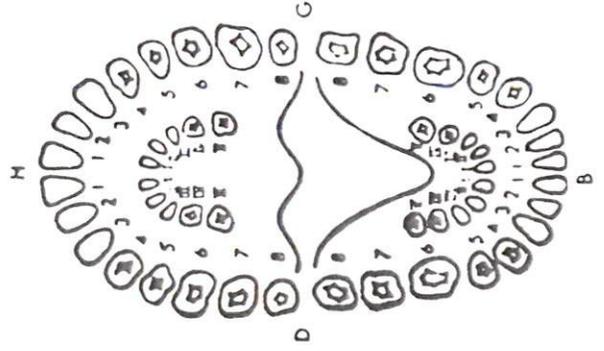
Commencé le :

Terminé le :

Traitement

SCHEMA DENTAIRE		SOINS		PROTHESE ET ODF	
Date	Dents traitées	Nature de l'acte	Coef.	Nature de la prothèse ou semestrie de l'ODF	Cotation

SCHEMA DENTAIRE
 (à remplir SVP)



COUT GLOBAL DES SOINS DH :

COUT GLOBAL DE LA PROTHESE OU DE L'ODF DH :

Avis du médecin conseil de la Compagnie

Cachet et signature du praticien

الدكتور محمد الشرايبي

Docteur M'hamed CHRAIBI
Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.
Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus
Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochléaire
Rééducation des vertiges ou troubles de l'équilibre

Casablanca, le : 06/06/93

Le Docteur _____

Prie M OUHA FSA TAHRA

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente
suivant l'usage sa note d'honoraires pour _____

Audiogramme + Impédancemétrie

S'élevant à la somme de _____ 500 Dhs.

Cinq Cent cinquante Dhs
Docteur M'hamed CHRAIBI
Spécialiste O.R.L.
7, Angle Bd. Anfa & Bd. My. Youssef
Tél: 0522 20 69 43 / 0522 20 71 67
Casablanca -

Résidence Roia 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2^{ème} étage - Casablanca - e-mail: chraibi.ori@gmail.com
Tél Cabinet : 0522.20.69.43 / 0522.20.77.67 / 68 - Fax : 0522.20.71.91 - Clinique Ghandi : 0522.36.69.11

الدكتور محمد الشرايبي

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.

Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus

Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochléaire

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

CASABLANCA Le 06/06/2023,

Madame OUHAFSA Tahra

8371^{do} x 2

1) VASTAREL 35 mg 2 BTS

1 comprimé matin et soir 2 mois

2) AEROMAX NASAL 200 DOSES

58100^{do} x 2

2 pulvérisations le matin pdt 2 mois

3) HISTANORM 10 mg (BTE 30 CP)

1 comprimé le soir 2 MOIS

4) DASEN CP

1 comprimé 3 fois par jour 20 JRS

47180



INPE 092050814

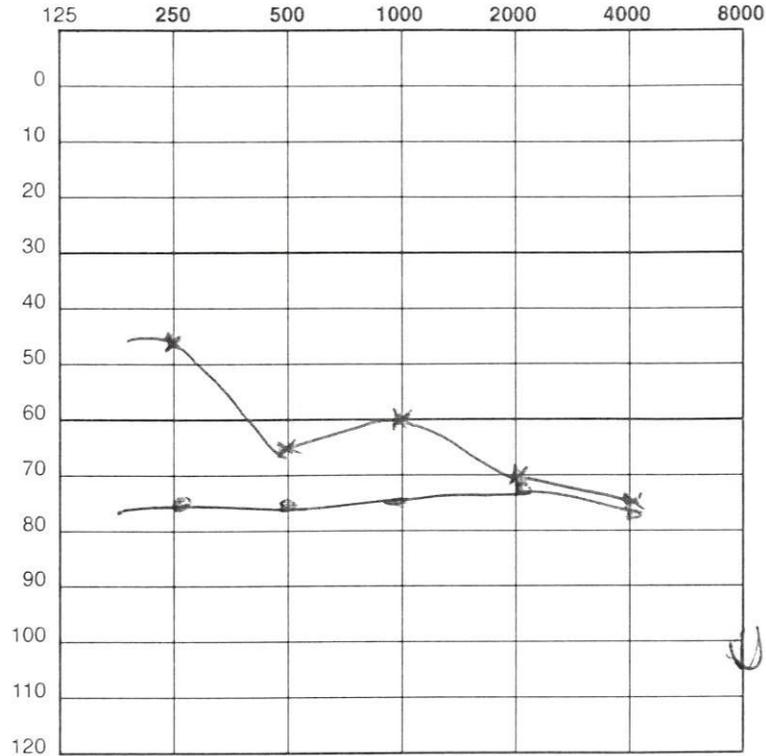
Docteur M'hamed CHRAÏBI
Spécialiste O.R.L.
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux
17, Angle Bd Anfa et Bd. My Youssef, 2ème Etage
Tel: 05 22 20 69 43 / 05 22 20 77 67/68
Fax: 05 22 20 71 91 - Casablanca
INPE: 091042911 - ICE: 001638091000051

PHARMACIE RIEM
LALAMI SALOUA
DR. M'hamed CHRAÏBI
Rue Hassan II - Casablanca
Tél: 05 22 20 77 67/68

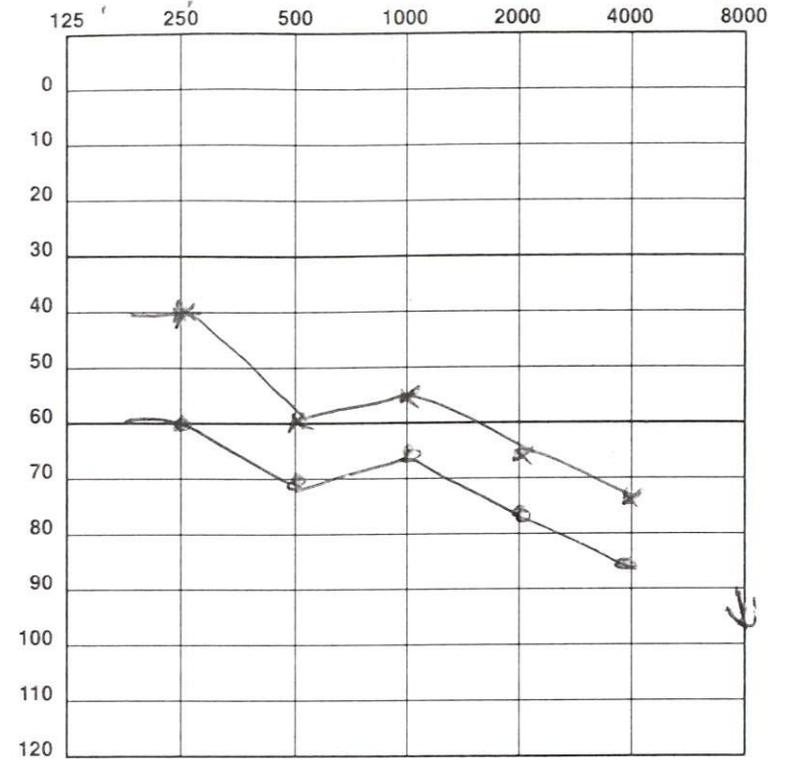
Résidence Rola : 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2ème étage - Casablanca
Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91
En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05

AUDIOMETRIE TONALE

OD



OG



PERTE AUDITIVE

	OD	OG
500		
1000		
2000		
4000		
Totaux		

DEFICIT BINAURAL

B.O. x 7 = _____

M.O. x 1 = _____

8

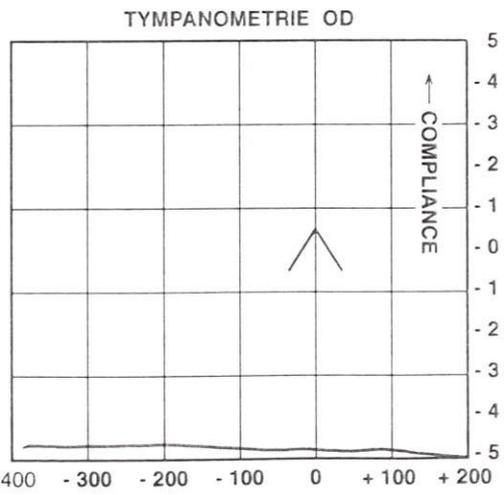
= %

COA + + =

COR

COA + + =

COR



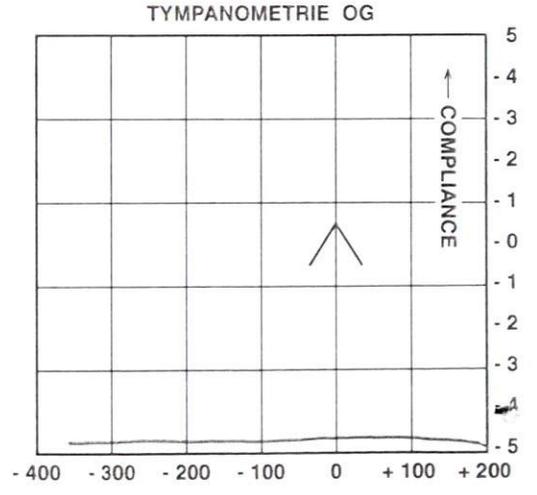
WEBER { Front

Menton

	250	500	1000	2000	4000	8000

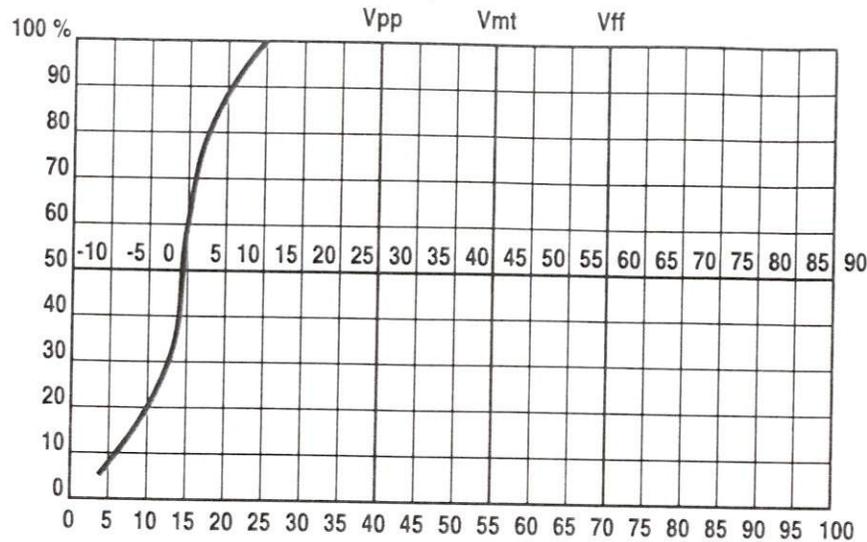
IMPEDANCEMETRIE

OD		Réflexe - Stapédien		OG	
Contro	Ipsi			Contro	Ipsi
dB + O	dB + O	500 Hz		dB + O	dB + O
dB + O	dB + O	1.000 Hz		dB + O	dB + O
dB + O	dB + O	2.000 Hz		dB + O	dB + O
dB + O	dB + O	4.000 Hz		dB + O	dB + O
OG	OD	Stimulation		OD	OG
OD	OD	Réflexe		OG	OG



- O.D. : Trait Rouge
- O.G. : Trait Bleu
- + Appareil : Pointillé

EPREUVES VOCALES



Cabinet du Docteur M'hamed CHRAÏBI
Explorations Fonctionnelles

AUDIOGRAMME

Nom : OUHAFSA Prénom : TAHRA

Date de naissance : _____ Profession : _____

Adresse : _____

Médecin traitant : _____ 06/06/23

Observations : _____

Docteur M'hamed CHRAÏBI
Spécialiste O.R.L.
47, Angle Bd. Anfa & Bd. Mly Youssef
Tél: 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67
- Casablanca -

N° règlement : 2023087343

 **AtlantaSanad**
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 : 06/06/2023

Malade : Lui même

Déclaré le : 01/07/2023

Sinistre n° : 040.2023.00338071

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 SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE	500.00	0.00	500.00	80.00	400.00
Pharmacie	438.20	0.00	438.20	80.00	350.56
Totaux	1 238.20	0.00	1 238.20		990.56
Dossier n° :			Règlement compagnie (Dhs)		990.56

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)