

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.

M22- 0019797

196894

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : OULIAFSA Med

Date de naissance : 11-52

Adresse : n° 3 Bts. Dr. Figueras Ain Seba

Tél. 06 68 10 33 02 Total des frais engagés : 2 609,50 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 28/09/1994

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 - 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	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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 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 bénéfice 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

Cachet Contractante

.....

Numéro de bordereau

.....

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)

ELKHAYAT TANIRA

N° CIN 8349834

Nom et prénom du malade

ELKHAYAT TANIRA

Lien de parenté

Adhérente

Date des soins

25-12-83

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

2409,10

Cadre réservé à Atlantasanal

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le 10/11/24

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré

ELKHAYAT

Matricule :

CIN : 8349831

N° de police / N° de filiale :

Frais exposés 2409,10 dh

Numéro d'adhésion :

Date de dépôt 24/11/24

N° de sinistre :

(si ouverture par système)

Numéro de bordereau :

Date des soins :



AS0002768254/20

A BEMPLIB PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade

Nature de la maladie

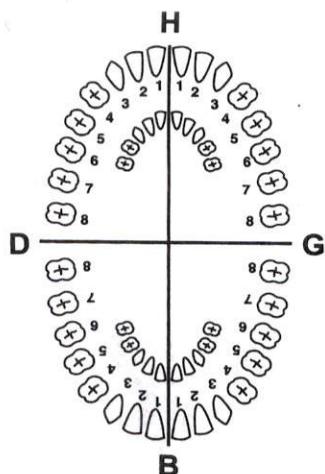
En cas d'Accident (Causes et Circonstances)

Age :-

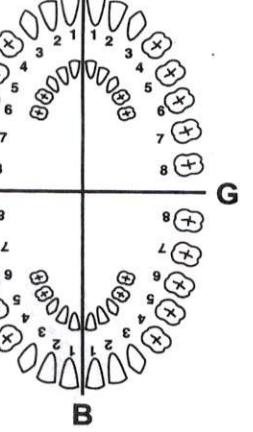
- Ans

DETAIL DES SOINS

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



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

 <p>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	
	SOINS Dates Dents traitées Nature de l'intervention Coefficient		PROTHESE 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 la paiement des soins (et ou) de la prothèse	

CENTRE DE RADIOLOGIE RYANE

Dr. LEBBAR Khalil

Bd Baamrani AIN SEBAA Tél:0522768112

IF 40494831 ICE:001667575000062

F A C T U R E

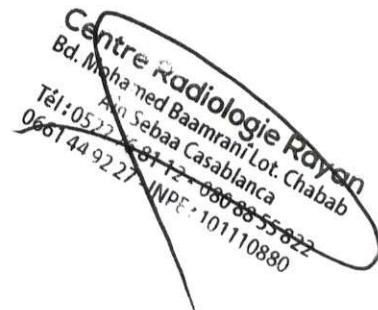
N° : 401081358
Du : 08/01/2024

Nom patient : Mme EL KJAYAT TAHRA

Médecin prescripteur ; Dr BELACHMI FADOUA

Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
RACHIS DORSAL FACE	15	200,00
RACHIS LOMBAIRE FACE	15	200,00
MAINS FACE	20	200,00
GENOUX (F+P)	30	600,00
	Total	1 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS



N° règlement : 2024034615

 AtlantaSanad
DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

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 Soin du : 25/12/2023

Déclaré le : 06/02/2024 Sinistre n° : 040.2023.00789154

Date décision : 09/02/2024

Reçu le : 05/02/2024

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
RADIOLOGIE	1 200.00	0.00	1 200.00	80.00	960.00
(*) Pharmacie	132.10	79.00	53.10	80.00	42.48
(**) Pharmacie	927.00	865.50	61.50	80.00	49.20
CONSULTATION DE GENERALISTE	150.00	0.00	150.00	80.00	120.00
Totaux	2 409.10	944.50	1 464.60		1 171.68

Dossier n° : as00002768254/20

Règlement compagnie (Dhs)

1 171.68

Observation(s) :

(*) Médicament NR CHONDROSAN D 3 NORM ITAFLAM

(**) Médicament NR CHONDROSAN D 3 NORM ITAFLAM

Signature Adhérent(e)

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

- رخصة السياقة

📞 05 22 75 73 74

08 JAN 2024

Casablanca, le

الدار البيضاء، في :

BL KHAYAT TAHRA.

61,50

- Notic 15 → ♀
14P15 (08) (8011.)
Rees 1/2 415 (14J)

188,00 x 3

- Chondrosoe gl
18el 5 (08mno) (08mno)

88,50 x 3

- Dznorm feetté
5feetté 15 (10ir) (08mno)

T: 927,00

PHARMACIE
DYAR CHATII
N° 24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1er Et.
Casablanca
0522 75 73 74

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

شارع الحاج احمد مكور الطابق الأول عين السبع - الدار البيضاء 24

24, Bd Haj Ahmed Mekouar, 1er Etage Ain Sebaa (Près de Fkas Fekak) - Casablanca

Docteur Fadoua BELACHMI
MÉDECINE GÉNÉRALE

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



الدكتورة فدوی بلحشمي

الطب العام

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

① **05 22 75 73 74**

Casablanca le : 25 DEC. 2023
الدار البيضاء في :
Moulay Hassan BL KHAYAT

₴ ٣١٠ - Rebaud ٤ ₦ ٧

1cp x 315

₴ ٢٠٠ - Stoflam gel chauffant ₦ ٧

1appx ١٥

T: ١٣٢١٠

~~PHARMACIE
D'AL KHAYAT
N° 24 Bd Haj Ahmed Mekouar Chatii
Casablanca
Tél: 05 22 75 73 74~~

Dr. **FADOUA BELACHMI**
Médecin Généraliste
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^o Etage Ain sebaa (prés de fkas fekak) - casablanca

Radiologie Rayan



لفحص بالأشعة
الريان

CASABLANCA LE : 08/01/2024

Dr. Khalil LEBBAR

- Professeur Ass. de radiologie CHU (Rabat).
- Praticien certifié des hôpitaux Militaires du Val-de-Grâce (Paris).
- Ancien radiologue des hôpitaux Militaires des forces Armées Royales.
- Diplômé en radiodiagnostic et imagerie médicale de la faculté de Nancy

NOM ET PRENOM
PRESCRIPTEUR

Mme EL KHAYAT TAHRA
Dr. BELACHMI FADOUA

RX DE LA MAIN GAUCHE DE FACE

Intégrité des interlignes et des rapports articulaires.
Transparence osseuse normale.
Pas de calcification des parties molles.
Pas de déplacement des fascias graisseux.

RX DU RACHIS DORSO-LOMBAIRE F

Déminéralisation osseuse diffuse.
Inflexion latérale à convexité gauche du rachis lombaire.
Ostéophytes marginaux étagés.
Absence de tassement vertébral suspect.
Absence de lésion osseuse focale.
Intégrité des hauteurs intersomatiques.
Absence d'anomalie des parties molles.

RX DES 2 GENOUX F+P

RESULTAT

Pincement de l'interligne tibio-fémoral bilatéral, portant essentiellement sur le compartiment interne des 2 genoux, avec présence d'ostéophytes marginaux et condensation des plateaux tibiaux.
Calcification linéaire au niveau de l'espace articulaire témoignant d'une chondrocalcinose.
Arthrose fémoro-patellaire bilatérale prédominant à droite.

CONCLUSION

Gonarthrose bilatérale classée stade III de Ahlback.

Confraternellement.

Dr LEBBAR

CENTRE DE RAYAN
Dr. KHALIL LEBBAR
RADILOGIE RAYAN

Adresse: Bd. Baâmrani Hay Chabab, Lot 4 Ain Sebaâ - Casablanca
Tél.: 0522 768 112 - GSM: 0661 449 227

Docteur Fadoua BELACHMI
MÉDECINE GÉNÉRALE

- Diu en Diabétologie
de la FMPR
- Permis de Conduire



① 05 22 75 73 74

الدكتورة فدوى بلحشمي

الطب العام

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

Casablanca le : 25 DEC. 2023 الدار البيضاء في :
Rue TAHRIT EL KHAYAT

- Rx de rachis dorsal lombaire
cervelle
- Rx de la main gauche
face

CENTRE DE RADIOLOGIE
Dr. Khatia L.
RADIOLOGIE



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