

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.



Complementaire
Déclaration de Maladie

M22- 0038619

196 996

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OMARAFSA Med

Date de naissance : 11.52

Adresse : 3, Lot les Figuiers Aïn Soltane

Tél. : 06.65.10.33.02

Total des frais engagés : 1995 Dhs

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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
		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 plan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficent	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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 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
AtlantaSanad

Date de
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)

ECHAYAT TAHRA

N° CIN B 349 234

Nom et prénom du malade

ECHAYAT TAHRA

Lien de parenté

Date des soins

2/1/24

Montant des frais exposés

1193,60

Signature de l'assuré

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 : ECHAYAT

Matricule :

CIN : B 349 234

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés 1193,60 dh

Date de dépôt : / /

N° de sinistre :
(si ouverture par système)

Numéro de bordereau :
Date des soins :



AS0002768256/20

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN			
NOM et Prénom du malade EL KHAYAT TASSAF			
Nature de la maladie Diaète + artérosclérose + Rhinite			
En cas d'Accident (Causes et Circonstances).....			
DETAIL DES SOINS			
CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION			
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'Et. hospitalier
01/2014	01/2014	100 DA	Dr. BELACHMI Faouzi 24. Bd Haj Ahmed Meyouar Ain Seba Casablanca
EXECUTION DES ORDONNANCES			
Dates	Montant	Cachet et Signature du pharmacien	
20/01/2014	599,60	INPE 03205814	
ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien
ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX			
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien
20/11/2014	Marcassine Tél.: 0122... Email: ... Casablanca	500	PADRA ASS BENI BERDOUSSI 001521206 Casablanca shot.fr

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

N° règlement : 2024034612

 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 : 02/01/2024

Malade : Lui même

Déclaré le : 06/02/2024 Sinistre n° : 040.2024.00035584

Numéro RIB : 013780010032184320013948

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)
CONSULTATION DE GENERALISTE	100.00	0.00	100.00	80.00	80.00
BANDELETTE	500.00	0.00	500.00	80.00	400.00
Pharmacie	599.60	0.00	599.60	80.00	479.68
Totaux	1 199.60	0.00	1 199.60		959.68
Dossier n°	as0002768256/20	Règlement compagnie (Dhs)			959.68

Observation(s) :

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 السيارة

05 22 75 73 74
Dr. BELACHMI Fadoua
Medecin Generaliste
24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1er Etg
Ain Sebaa Casablanca

Casablanca, le

دار البيضاء، في : 09/01/2024

Mme JAHRA EL KHAYAT l'avoir
veu examiner ce qui ducc
reception de son traitement
de diabète travail mi & no
traitement de 01 mnre o
artifice de l'envie a l'intérieur
peut venir et venir ce que
je dir



24, شارع الحاج أحمد مكور الطابق الأول عين السبع - الدار البيضاء
24, Bd Haj Ahmed Mekouar, 1er Etage Aïn Sebaa (Près de Fkas Fekak) - Casablanca

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

Casablanca, le 02/01/2024 الدار البيضاء، في :

EL KHAYAT TAHRA

AMM - Humalog mix 50. 30 - 30 - 30ml (01ml)

761⁶ - Arixib 60 → 1CP 1J (0.8) S.V. INPE 092050814

141⁰ - Doliprane 1g qd 1CP X 3 S.V.

651⁰⁰ - Siprad 1g qd 1CP (benzodiazepine) S.V.

(R) - Deslozor 5mg 1CP 1J (0.1mg) Dr. Fadoua Belachmi

T = 991⁶⁰

*Medecin Generaliste
Bd Haj Ahmed Mekouar 1er Etage
Ain Sebaa Casablanca*

24، شارع الحاج أحمد مكور الطابق الأول عين السبع - الدار البيضاء
24, Bd Haj Ahmed Mekouar, 1er Etage Ain Sebaa (Près de Fkas Fekak) - Casablanca



PARA ILYASS

Vente des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

Client : EZHAKKALATH
TAMARA

FACTUR

Mansour El Béchir
Tél/Fax: 062277

90191911

DATE :

DATE :

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			500,

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Docteur Fadoua BELACHMI

MÉDECINE GÉNÉRALE

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



الدكتورة فدوی بلہشمى

الطب العام

- حاصلة على دبلوم في داء السكري

من كلية الطب - الرباط

- رخصة السياقة

📞 05 22 75 73 74

الدار البيضاء، في : 02/01/2024
Casablanca, le

3001

EL KHAYAT TAHRA

Bandelette contour plus

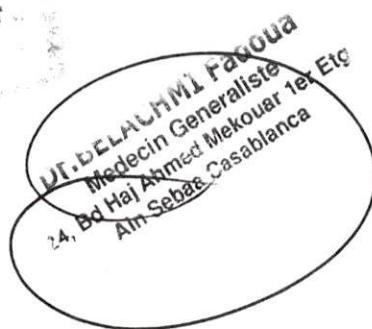
1app x 615 (01min)

— bouclette contour plus

1app x 315 (01min)

2nd

PAA IL YASS
Marsouine Bloc 55 N° 10 Sidi Benoussi
Tél/Fax: 052734473 GSM: 0651521206
Email: PAAILYASS@hot.fr
CASABLANCA



24، شارع الحاج أحمد مکوار الطابق الأول عین السبع - الدار البيضاء
24, Bd Haj Ahmed Mekouar, 1er Etage Aïn Sebaa (Près de Fkas Fekak) - Casablanca