

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.



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

coupe en deux
Déclaration de Maladie

M22- 0034795

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre : Retraite

Nom & Prénom : DOUAFA Doud

Date de naissance : 1-1-62

Adresse : ANSE

Tél. : 0663581011 Total des frais engagés : 1388,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : Même nom Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pathologie :

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 : 19/04/14

Signature de l'adhérent(e) : E. B.

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhession@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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$ \begin{array}{c c} H & 25533412 \quad 21433552 \\ \hline D & 00000000 \quad 00000000 \\ & 00000000 \quad 00000000 \\ & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $		Coefficient des travaux	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		Montants des soins	
			Date du devis	
			Date de l'exécution	

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 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 CNPD 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

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

Cachet Contractante

N° CIN B349234

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

Nom et prénom du malade

ELKHAYAT TAHRA

Lien de parenté

Adhérent

Date des soins 13/2/24

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés 1388,70 DHS

Cadre réservé à Atlantasana

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré ELKHAYAT

Matricule : CIN : B349234

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés 1388,70 dh

Date de dépôt : / /

N° de sinistre :
(si ouverture par système)

Numéro de bordereau : Date des soins :

AS0002768257/20

NOM et Prénom du malade

Nature de la maladie

En cas d'Accident (Causes et Circonstances)

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

ETIQUETTE TANNA

Age :-

- Ans

Diabete 4 lombergo

Dr. BELACHMI - rauoua
Medecin Generaliste
4 Bd Haj Ahmed Mekouar 1er. Et.
Casablanca

DETAIL DES SOINS

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



AtlantaSanad
ASSURANCE

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2024043914

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 : 13/02/2024
 Déclaré le : 28/02/2024 Sinistre n° : 040.2024.00087054
 Date décision : 01/03/2024
 Reçu le : 27/02/2024

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	638.70	0.00	638.70	80.00	510.96
(*) BANDELETTE	650.00	150.00	500.00	80.00	400.00
CONSULTATION DE GENERALISTE	100.00	0.00	100.00	80.00	80.00
Totaux	1 388.70	150.00	1 238.70		990.96
Dossier n°	AS0002768257/20	Règlement compagnie (Dhs)			990.96
Observation(s)	:				

(*) Médicament NR AIGUILLES

Signature Adhérent(e)

Docteur Fadoua BELACHMI
MÉDECINE GÉNÉRALE

- Diu en Diabétologie de la FMPR
- Permis de Conduire



الدكتورة فدوی بالهشمي

الطب العام

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

0522757374

Casablanca le : الدار البيضاء في :

EL KHTYAT TAHTA

111150x4 - Humalog mix 70
80 - 30 - 30U5 1J (01mls)

45,00 - Octaflam 50 - 84 1CP x 315

60,00 - Voltaren 1000 1000 x 31

89,20 - Amfor 5mg 4 1CP 1J (0,1mls)

S.V. S.V. S.V. S.V.

Pharmacie RIZK
LAJANI Saloua
Dr. en Pharmacie
Res. Hadi Ahmed Mekouar
1er Et. : 05.22.35.85.20
Place Hadi Ahmed Mekouar
Ain Sebaa Casablanca

INPE 092050314

Dr. BELACHMI Fadoua
Medecin Generaliste
24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1^{er} Et.
Ain Sebaa Casablanca

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




PARA ILYASS
 Vente des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

FACTURE N

Client : ELKHAYAT
DANH

DATE: _____

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			600,-

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Docteur Fadoua BELACHMI
~~MÉDECINE GÉNÉRALE~~

- Diu en Diabétologie de la FMPR
- Permis de Conduire



الدكتورة فدوی بلهشمی

الطب العام

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

① 0522757374

الدار البيضاء في : ٢٨٠٢٢٠٢٤
Casablanca le : ٢٨٠٢٢٠٢٤
EL KHAYAT TAHRAT

80° Bandelate confor plus

$$1 \text{ app} \times 6 \text{ tJ (0.1 ms)}$$

210 buccette ananas flles

1app \times 6 t (01 min)

Arjiville Peer 5/10 4mm

180,1 app x 415 (cm mil)

PARA ~~RE~~ ASS
Ramo de ~~RE~~ ASS
1951-1952
Fim: 1952-1953
LARADI ANGAA

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

24 شارع الحاج احمد مكواه، الطابق الأول عين سبع - الدار البيضاء

24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1^o Etage Aïn sebaa (prés de fkas fekak) - casablanca

ELACHMI
GÉNÉRALE

- Sen Diabétologie
de la FMPR
- Permis de Conduire



الدكتورة فدوى بلهمشي

الطب العام

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

0522757374

Casablanca le: 13/08/2024 : الدار البيضاء في :

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

Vu et examiner ce prr Mme TAHRA

El l'AITAYAT Pour suivre de diabète

ainsi qu'un lombago avec
descriptions du traitement du
diabète (Humolog mix 50)

de 01 mois

Ortifiert de l'envoyer à l'autre membre
pour servir et valoir ce que le dit

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

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