

# 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.

## **Biologie 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.

## **Education :**

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 canalaire, 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 canalaire.

## **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**

Reclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



## **Déclaration de Maladie**

Nº M20- 0000396

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : S6038

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUHAFTA

Moud

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : TAHRA Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : .....

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) : .....

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M20-00396

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez 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 |                                |
|-----------------|--|----------------|------------------|-------------|--------------------------------|
|                 |  |                |                  |             | <b>Coefficient des travaux</b> |
|                 |  |                |                  |             | <b>Montant des soins</b>       |
|                 |  |                |                  |             | <b>Début d'exécution</b>       |
|                 |  |                |                  |             | <b>Fin d'exécution</b>         |

| O.D.F.<br>Prothèses dentaires |       | Détermination du coefficient masticatoire  |    |          |        |       |        |    |  |    |    |    |    |   |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |  |  |  |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |  |    |    |    |    |  |   |
|-------------------------------|-------|--|----|----------|--------|-------|--------|----|--|----|----|----|----|---|----|----|----|----|----------|----|----|----|----|----------|----|--|--|--|----------|----|----|----|----|----------|----|----|----|----|----------|----|----|----|----|--|----|----|----|----|--|---|
|                               |       | <table border="1"> <tr> <td>DROITE</td> <td>11 21</td> <td>GAUCHE</td> <td>22</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12</td> <td>13</td> <td>23</td> <td>24</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>15</td> <td>25</td> <td>26</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>17</td> <td>27</td> <td>28</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>48</td> <td>47</td> <td>38</td> <td>37</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>46</td> <td>45</td> <td>36</td> <td>35</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>44</td> <td>43</td> <td>34</td> <td>33</td> <td></td> </tr> <tr> <td>42</td> <td>41</td> <td>32</td> <td>31</td> <td></td> </tr> </table> |    |          | DROITE | 11 21 | GAUCHE | 22 |  | 12 | 13 | 23 | 24 | H | 14 | 15 | 25 | 26 | 21433552 | 16 | 17 | 27 | 28 | 00000000 | 18 |  |  |  | 00000000 | 48 | 47 | 38 | 37 | 35533411 | 46 | 45 | 36 | 35 | 11433553 | 44 | 43 | 34 | 33 |  | 42 | 41 | 32 | 31 |  | D |
| DROITE                        | 11 21 | GAUCHE   | 22 |          |        |       |        |    |  |    |    |    |    |   |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |  |  |  |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |  |    |    |    |    |  |   |
| 12                            | 13    | 23   | 24 | H        |        |       |        |    |  |    |    |    |    |   |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |  |  |  |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |  |    |    |    |    |  |   |
| 14                            | 15    | 25   | 26 | 21433552 |        |       |        |    |  |    |    |    |    |   |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |  |  |  |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |  |    |    |    |    |  |   |
| 16                            | 17    | 27   | 28 | 00000000 |        |       |        |    |  |    |    |    |    |   |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |  |  |  |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |  |    |    |    |    |  |   |
| 18                            |       |  |    | 00000000 |        |       |        |    |  |    |    |    |    |   |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |  |  |  |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |  |    |    |    |    |  |   |
| 48                            | 47    | 38   | 37 | 35533411 |        |       |        |    |  |    |    |    |    |   |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |  |  |  |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |  |    |    |    |    |  |   |
| 46                            | 45    | 36   | 35 | 11433553 |        |       |        |    |  |    |    |    |    |   |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |  |  |  |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |  |    |    |    |    |  |   |
| 44                            | 43    | 34   | 33 |          |        |       |        |    |  |    |    |    |    |   |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |  |  |  |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |  |    |    |    |    |  |   |
| 42                            | 41    | 32   | 31 |          |        |       |        |    |  |    |    |    |    |   |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |  |  |  |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |  |    |    |    |    |  |   |
|                               |       |  |    |          | G      |       |        |    |  |    |    |    |    |   |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |  |  |  |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |  |    |    |    |    |  |   |
|                               |       | <p>(Création, Remont, adjonction)<br/>Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>   |    |          |        |       |        |    |  |    |    |    |    |   |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |  |  |  |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |  |    |    |    |    |  |   |
|                               |       |  |    |          |        |       |        |    |  |    |    |    |    |   |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |  |  |  |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |          |    |    |    |    |  |    |    |    |    |  |   |

Visa et cachet du praticien  
attestant le devis

Visa et cachet du praticien  
attestant l'exécution

| VOLET ADHERENT  | NOM :          | Mme 6794   |
|---|----------------|--|
| DECLARATION N°  | P 17 / 0041455 | <br>Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc |
| Date de Dépôt   | Montant engagé | Nbre de pièces Jointes   |
| 18-1-21   | 4500 DHS       |  |
| <b>Durée de validité de cette feuille est de [3] trois mois</b><br>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle |                |  |

Cachet  
MUPRAS



Complémentaire

P 17 / 0041455

DATE DE DEPOT

15/01/2021

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT                          |  | Mme 6794                        | <i>Signature de l'adhérent</i> |
|---|--|---------------------------------|--------------------------------|
| Nom & Prénom : OULHA FSA Moul                     |  | Fonction : RETRAITE             |                                |
| Phones : 06.65.10.33.02                           |  | Age :                           | Date :                         |
| Mail :  |  | Date 1ère visite :              |                                |
| MEDECIN   | Prénom du patient : TAHRA                    |                                 |                                |
| <input type="checkbox"/> Adhérent                 | <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint | <input type="checkbox"/> Enfant | <input type="checkbox"/> Age   |
| Nature de la maladie :                            |  |                                 |                                |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances |  |                                 |                                |
| Nature des actes                                  | Nbre de Coefficient                          | Montant détaillé des honoraires |                                |
|   |  |                                 |                                |
| PHARMACIE   | Date :                                       |                                 |                                |
| Montant de la facture :                           |  |                                 |                                |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date :                   |  |                                 |                                |
| Désignation des Coefficients                      |  | Montant détaillé des Honoraires |                                |
|   |  |                                 |                                |
| AUXILIAIRES MEDICAUX Date :                       |  |                                 |                                |
| Nombre  |  | Montant détaillé des Honoraires |                                |
| AM  | PC   | IM                              | IV                             |
|   |  |                                 |                                |

*ACCUEIL*  
*CACHET*

*MUPRAS*  
*CACHET*

*CACHET*

**RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES  
POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 transmises 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 CNPD sous len<sup>o</sup> A-A-101/2014

## FEUILLE DE SOINS

### A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante

N° de police : 206/03-1

N° d'adhérent : 86

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : ELKHAYAT TAHRA

Prénom du patient (e) : TAHRA

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

Montant des frais exposés (en DH) : 4500 DHS

A : Casablanca le 11/12/2016 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

ref : 10102 V 0506



A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) **EL KHAYAT TAHRA**  
 Date des soins : **5/11/2022**

Age du patient (e) : **30 ans**

Nature de la maladie : **Demande de prise en charge**

S'il s'agit d'un accident, pourriez-vous indiquer le type de traumatisme, causes et circonstances :  
**Accident de la route**

(\*) : 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 |
|--------------------------|------|------------------|----------|------------|----------------------------------|
| MÉDECINS TRAUMATIS       |      |                  |          |            |                                  |
| PHARMACIE                |      |                  |          |            |                                  |
| ANALYSES / RADIographies |      |                  |          |            |                                  |
| ATTERRAIRE S INDICAUX    |      |                  |          |            |                                  |
| PRATICIEN                |      |                  |          |            |                                  |

**RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES  
POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 dentaire, 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 transmises 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<sup>o</sup> A-A-101/2014



اللتاميات و اعادة التأمين اطلس لـ  
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATL

Entreprise privée régie par la loi 17-99 portant code des assura

## FEUILLE DE SOINS

### A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante

N° de police :

N° d'adhérent :

86

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : ECHKAYATI TAHFIA

Prénom du patient (e) : TAHFIA

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

Montant des frais exposés (en DH) : 1500000

A : 168 S.A, le 5/11/12 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

|  |  |
|--|--|
| <p align="center">Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de Dirhams</p> <p align="center">Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél.: 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14</p> <p align="center">C.N.S.S. 1090109 - I.F. 1085137 - R.C Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 00152966000</p> |  |
|--|--|



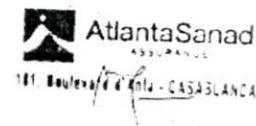
## ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

|                 |  |               |  |
|-----------------|--|---------------|--|
| N° police       | : 004.2019.00000130  | Intermédiaire | : 072 - ASSURANCE AFMA                             |
| Filiale         | : 01 - RENAULT COMMERCE MAROC  |               |  |
| Adhérent        | : 00000086 - EL KHAYAT TAHRA   | Adresse       | : 44,BD KHALID IBNOULOUALID AIN SEBAA - CASABLANCA |
| Malade          | : Lui même   |               |  |
| N° sinistre     | : 040.2020.00446676  | Date décision | : 23/11/2020                                       |
| Frais engagés   | : 4 500.00 Dhs   | Date édition  | : 24/11/2020                                       |
| Date survenance | : 05/11/2020   | Réf. Etat     | : daiz   |
| Nature maladie  | : K00-K14 : Maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires |               |  |
| N° dossier      | :  |               |  |

Nous soussignés, AtlantaSanad Assurance dont le siège social est à Casablanca - 181, boulevard d'Anfa.

La présente attestation, établie sur la base du devis du **05/11/2020**, est délivrée à l'intéressé(e) sur sa demande pour permettre à **DR BELMOKADEM BENNANI AFIFA** le recouvrement, auprès de notre compagnie, de **80.00 %** des frais engagés jusqu'à concurrence d'un montant de **3 120.00 Dhs (TROIS MILLE CENT VINGT DIRHAMS)**, décompté comme suit : **0.00 Dhs** pour l'ODF, **3 120.00 Dhs** pour la prothèse dentaire, **0.00 Dhs** pour la parodontie et **0.00 Dhs** pour les soins, sur présentation des pièces justificatives.

POUR LA COMPAGNIE



N.B. : s/réserve les pièces justificatives

N.B. : Cette attestation est valable pour une durée de 3 mois. La facture accompagnée de l'originale de la présente doivent être envoyées 30 jours au plus tard à compter de la date de l'exécution des soins.

1/2



## DETAIL PRISE EN CHARGE

|                        |  |                      |  |
|------------------------|--|----------------------|--|
| <b>N° police</b>       | : 004.2019.00000130  | <b>Intermédiaire</b> | : 072 - ASSURANCE AFMA                             |
| <b>Filiale</b>         | : 01 - RENAULT COMMERCE MAROC  |                      |  |
| <b>Adhérent</b>        | : 00000086 - EL KHAYAT TAHRA   | <b>Adresse</b>       | : 44,BD KHALID IBNOULOUALID AIN SEBAA - CASABLANCA |
| <b>Malade</b>          | : Lui même   |                      |  |
| <b>N° sinistre</b>     | : 040.2020.00446676  | <b>Date décision</b> | : 23/11/2020                                       |
| <b>Frais engagés</b>   | : 4 500.00 Dhs   | <b>Date édition</b>  | : 24/11/2020                                       |
| <b>Date survenance</b> | : 05/11/2020   | <b>Réf. Etat</b>     | : daiz   |
| <b>Nature maladie</b>  | : K00-K14 : Maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires |                      |  |
| <b>N° dossier</b>      | :  |                      |  |

### Liste des prestations accordées :

| Prestation            | Clé | Nbr. | Frais réels (Dhs) | Mnt. Ret. (Dhs) | Base Rem. (Dhs) | Tx. % | Mnt. Accordé | Reli. plaf (Dhs) | Gros R. (Dhs) |
|-----------------------|-----|------|-------------------|-----------------|-----------------|-------|--------------|------------------|---------------|
| (*) PROTHESE DENTAIRE | D   | 180  | 3 600.00          | 600.00          | 3 000.00        | 80.00 | 2 400.00     | 2 400.00         |               |
| (*) PROTHESE DENTAIRE | D   | 45   | 900.00            | 0.00            | 900.00          | 80.00 | 720.00       | 720.00           |               |

### Observation(s) :

(\*) s/réserve les pièces justificatives

(\*\*) s/réserve les pièces justificatives