

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.

Éducation :

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

Réclamation : 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



complémentaire Déclaration de Maladie

Doss. N° M21- 0006374

Maladie Dentaire 59641 Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : OYHAFFSA med

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 063581011 Total des frais engagés : ... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : EL KHAYA Tahia 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 : Casablanca Le : 15/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																																																																																																																													
					Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Début d'exécution <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																																																																																																																												
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		Coefficient des travaux <input type="text"/> Montant des soins <input type="text"/> Date du devis <input type="text"/> Fin d'exécution <input type="text"/>																																																																																																																													
		<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;">DROITE</td> <td style="text-align: center;">12 21</td> <td style="text-align: center;">GAUCHE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">13</td> <td style="text-align: center;">22</td> <td style="text-align: center;">23</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">14</td> <td style="text-align: center;">24</td> <td style="text-align: center;">25</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">15</td> <td style="text-align: center;">26</td> <td style="text-align: center;">27</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">16</td> <td style="text-align: center;">28</td> <td style="text-align: center;">29</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">HAUT</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">17</td> <td style="text-align: center;">30</td> <td style="text-align: center;">31</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">18</td> <td style="text-align: center;">32</td> <td style="text-align: center;">33</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">BAS</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">48</td> <td style="text-align: center;">34</td> <td style="text-align: center;">35</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">47</td> <td style="text-align: center;">36</td> <td style="text-align: center;">37</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">46</td> <td style="text-align: center;">38</td> <td style="text-align: center;">39</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">45</td> <td style="text-align: center;">40</td> <td style="text-align: center;">41</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">44</td> <td style="text-align: center;">42</td> <td style="text-align: center;">43</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">DROITE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12 21</td> <td style="text-align: center;">GAUCHE</td> <td style="text-align: center;">22</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">13</td> <td style="text-align: center;">23</td> <td style="text-align: center;">24</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">14</td> <td style="text-align: center;">25</td> <td style="text-align: center;">26</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">15</td> <td style="text-align: center;">27</td> <td style="text-align: center;">28</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">16</td> <td style="text-align: center;">29</td> <td style="text-align: center;">30</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">HAUT</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">17</td> <td style="text-align: center;">31</td> <td style="text-align: center;">32</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">18</td> <td style="text-align: center;">33</td> <td style="text-align: center;">34</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">BAS</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">48</td> <td style="text-align: center;">35</td> <td style="text-align: center;">36</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">47</td> <td style="text-align: center;">37</td> <td style="text-align: center;">38</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">46</td> <td style="text-align: center;">39</td> <td style="text-align: center;">40</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">45</td> <td style="text-align: center;">41</td> <td style="text-align: center;">42</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">DROITE</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12 21</td> <td style="text-align: center;">GAUCHE</td> <td style="text-align: center;">22</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">13</td> <td style="text-align: center;">23</td> <td style="text-align: center;">24</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">14</td> <td style="text-align: center;">25</td> <td style="text-align: center;">26</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">15</td> <td style="text-align: center;">27</td> <td style="text-align: center;">28</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">16</td> <td style="text-align: center;">29</td> <td style="text-align: center;">30</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">HAUT</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">17</td> <td style="text-align: center;">31</td> <td style="text-align: center;">32</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">18</td> <td style="text-align: center;">33</td> <td style="text-align: center;">34</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">BAS</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">48</td> <td style="text-align: center;">35</td> <td style="text-align: center;">36</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">47</td> <td style="text-align: center;">37</td> <td style="text-align: center;">38</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">46</td> <td style="text-align: center;">39</td> <td style="text-align: center;">40</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">45</td> <td style="text-align: center;">41</td> <td style="text-align: center;">42</td> </tr> </table>		DROITE	12 21	GAUCHE	13	22	23	14	24	25	15	26	27	16	28	29	HAUT			17	30	31	18	32	33	BAS			48	34	35	47	36	37	46	38	39	45	40	41	44	42	43	DROITE			12 21	GAUCHE	22	13	23	24	14	25	26	15	27	28	16	29	30	HAUT			17	31	32	18	33	34	BAS			48	35	36	47	37	38	46	39	40	45	41	42	DROITE			12 21	GAUCHE	22	13	23	24	14	25	26	15	27	28	16	29	30	HAUT			17	31	32	18	33	34	BAS			48	35	36	47	37	38	46	39	40	45	41	42
DROITE	12 21	GAUCHE																																																																																																																															
13	22	23																																																																																																																															
14	24	25																																																																																																																															
15	26	27																																																																																																																															
16	28	29																																																																																																																															
HAUT																																																																																																																																	
17	30	31																																																																																																																															
18	32	33																																																																																																																															
BAS																																																																																																																																	
48	34	35																																																																																																																															
47	36	37																																																																																																																															
46	38	39																																																																																																																															
45	40	41																																																																																																																															
44	42	43																																																																																																																															
DROITE																																																																																																																																	
12 21	GAUCHE	22																																																																																																																															
13	23	24																																																																																																																															
14	25	26																																																																																																																															
15	27	28																																																																																																																															
16	29	30																																																																																																																															
HAUT																																																																																																																																	
17	31	32																																																																																																																															
18	33	34																																																																																																																															
BAS																																																																																																																																	
48	35	36																																																																																																																															
47	37	38																																																																																																																															
46	39	40																																																																																																																															
45	41	42																																																																																																																															
DROITE																																																																																																																																	
12 21	GAUCHE	22																																																																																																																															
13	23	24																																																																																																																															
14	25	26																																																																																																																															
15	27	28																																																																																																																															
16	29	30																																																																																																																															
HAUT																																																																																																																																	
17	31	32																																																																																																																															
18	33	34																																																																																																																															
BAS																																																																																																																																	
48	35	36																																																																																																																															
47	37	38																																																																																																																															
46	39	40																																																																																																																															
45	41	42																																																																																																																															
<i>Visa et cachet du praticien attestant le devis</i>		<i>Visa et cachet du praticien attestant l'exécution</i>																																																																																																																															

VOLET ADHERENT	NOM :	<i>OUHAFFSA Med</i>		Mle 6794
DECLARATION N°		P 14 / 0035604		 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
<i>15/2/21</i>	<i>1237,90 Dh</i>			
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				

complémentaire			
 MUPRAS Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc		P 14 / 0035604	DATE DE DEPOT <i>15/02/2021</i>
A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 6794			
Nom & Prénom <i>OUHAFFSA Med</i>		<i>Signature de</i> 	
Fonction <i>Rehaila</i>	Phones <i>06.65.10.33.02</i>		
Mail			
MEDECIN Prénom du patient <i>TAHRA</i>			
<input type="checkbox"/> Adhérent	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		<i>Signature et cachet du medecin</i>	
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
PHARMACIE Date		<i>Signature et cachet du Pharmacien</i>	
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date		<i>CACHET</i>	
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires	
AUXILIAIRES MEDICAUX Date		<i>CACHET</i>	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

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 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



شركة التامين و إعادة التامين أطلانتا
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 : 204/03-1

N° d'adhérent : 86

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : EL KHAYAT TAHLA

Prénom du patient (e) : TAHLA

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

Montant des frais exposés (en DH) : 1232,90 DA

A : RCS le 15/1/14 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

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : ELISABETH MARGUERITE

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie^(*): Débile AD intérieur

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

(*) : 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					
PHARMACIE					
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

N° règlement : 2021011439

 **AtlantaSanad**
ASSURANCE

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Ste contractante : RENAULT COMMERCE

Soin du : 14/12/2020

Adhésion n° : 00000086

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Sinistre n° : 040.2020.00572046

Malade : Lui même

Déclaré le : 01/02/2021

Date décision : 02/02/2021

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Reçu le : 27/01/2021

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	837.90	0.00	837.90	80.00	670.32
ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
CONSULTATION DE GENERALISTE	100.00	0.00	100.00	80.00	80.00
Totaux	1 237.90	0.00	1 237.90		990.32
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			990.32

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

Docteur Fatiha TOUABI DAKHCH
MEDECINE GENERALE
405, Avenue (H) - Mansour 3
Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05
Tél : 05 22.73.11.28

الدكتورة فاطمة بوابي الصدقي

الطب العام
شارع (H) منصور 3
سيدي البرنوصي - الدار البيضاء 05
الهاتف : 05 22. 73. 11.28

Casablanca, le : 11 - 11 - 1987

7 - El Khouja Al Fath
لـ

581,00 - 25,00 X لـ

5200 - 2000 لـ

29,70 - 22,70 لـ

45,50 - 6,50 لـ

26,00 - 8,00 لـ

837,90



 NISER

PARA ILYASS

Ventes des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

FACTURE N°

CLIENT: EKHTERJAHRA

DATE:

Réf.	Désignation	Quantité	Prix U.T.T.C	Total T.T.C
	Balloon film (8)	2	180	360

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			340,-

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Docteur Fatiha TOUABI DAKHCH
MEDECINE GENERALE
405, Avenue (H) - Mansour 3
Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05
Tél : 05 22.73.11.28

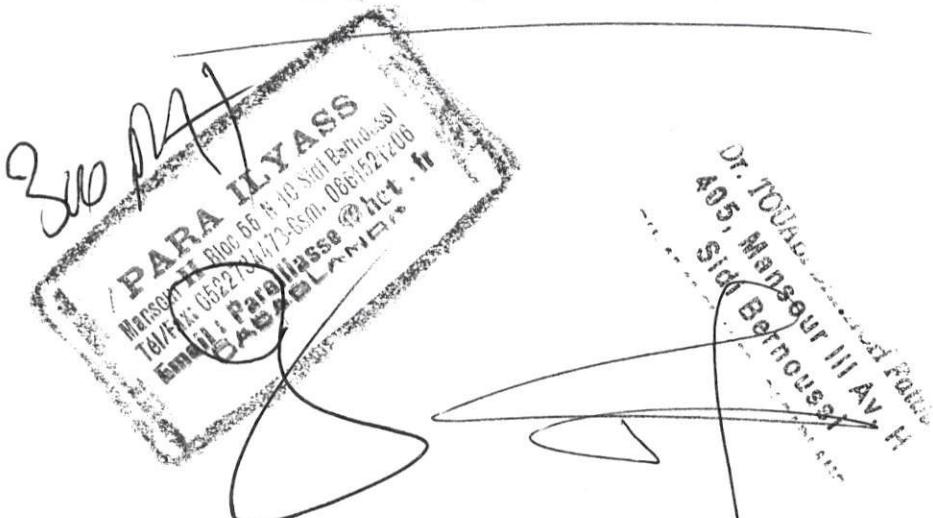
الدكتورة فاطمة توابي الصخا

الطب العام
شارع (H) منصور 3
سيدي البرنوصي - الدار البيضاء 05
الهاتف : 05 22. 73. 11.28

Casablanca, le: ٢٠١٢
الدار البيضاء في المغرب

2 - El Moutahid Tamazza

Récepteur. - 2



Dr. TOUABI DAKHCH
405, Mansour III AV H
Sidi Bernoussi