

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

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.

## entaire :

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : OUHAFFSA Med

Date de naissance : 1-1-1952

Adresse : 3 lots Les FIGUIERS - Ain Sebae

Tél. 0685763302 Total des frais engagés : ..... Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

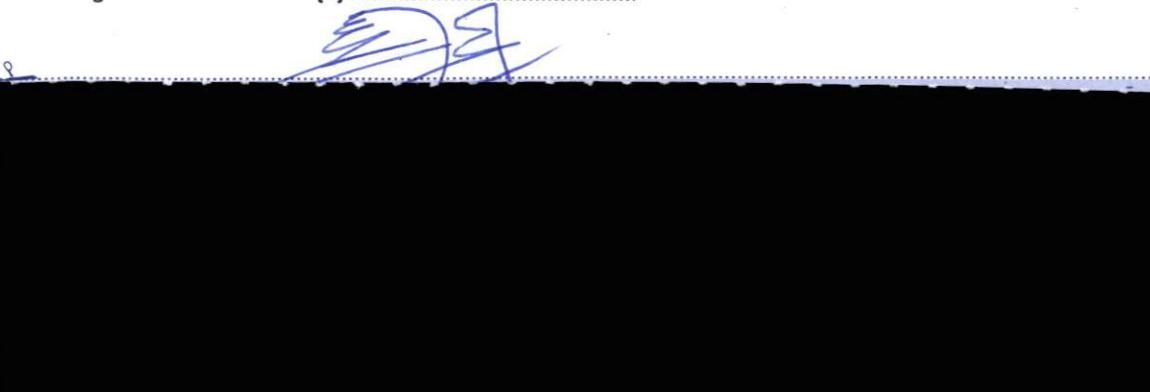
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 17/13/18

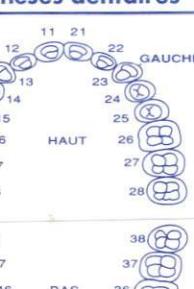


## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

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	
				<b>Coefficient des travaux</b>  <input type="text"/>
				<b>Montant des soins</b>  <input type="text"/>
				<b>Début d'exécution</b>  <input type="text"/>
				<b>Fin d'exécution</b>  <input type="text"/>
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			<b>Coefficient des travaux</b>
	$  \begin{array}{c c}  H & 21433552 \\  \hline  D & 00000000 \\  & 00000000 \\  & 35533411 \\  \hline  G & 11433553  \end{array}  $ <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			  <input type="text"/>
				  <input type="text"/>
VISA et cachet du praticien attestant le devis	VISA et cachet du praticien attestant l'exécution			

## VOLET ADHERENT

NOM: OULHAFFSA Ned

DECLARATION N° (F)

P 14 / 003560

Date de Dépôt

### Montant engagé



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

Date de Dépôt	Montant engagé
9-3-91	2581.90 DH

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

**Durée de validité de cette réouverture est de (3) trois mois**  
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle



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

14 / 0035607

**DATE DE DEPOT**

9-3- 12081



**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 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, 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 17-2-21  
Dépôt du dossier

Cachet Contractante

Numéro de bordereau .....

Matricule de l'assuré 86

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 TAHRA

Nom et prénom du malade

N° CIN B349234

Lien de parenté

ADHERENTE

Date des soins 16-2-21

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés 2581,90 Dhs

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 ELKHAYAT

Matricule : ..... CIN : B349234

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés 2581,90 Dhs

Date de dépôt : 16/2/21

N° de sinistre : .....  
(si ouverture par système)

Numéro de bordereau : ..... Date des soins : .....



AS000300265/20

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade

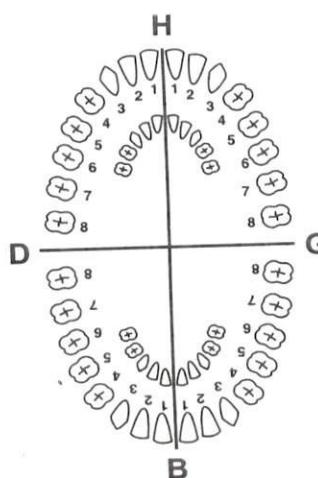
### Nature de la maladie

#### En cas d'Accident (Causes et Circonstances)

... Age :

## DETAIL DES SOINS

## SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



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

<input type="radio"/> DEVIS Etabli le .....  <b>SOINS</b>				<input type="radio"/> TRAITEMENT Commencé le ..... Terminé le .....  <b>PROTHESE</b>
Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Prothèse mobile - Couronne - dent à teno <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonctio  8
<b>Montant des soins</b> <b>DH</b>				<b>Montant de la prothèse</b> <b>DH</b>
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

N° règlement : 2021018055



AtlantaSanad  
DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2019.00000130-01  
Adhésion n° : 00000086  
Malade : Lui même  
Numéro RIB : 013780010032184320013948

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*) Pharmacie	1 281.90	747.00	534.90	80.00	427.92
ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE	1 000.00	0.00	1 000.00	80.00	800.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
<b>Totaux</b>	<b>2 581.90</b>	<b>747.00</b>	<b>1 834.90</b>		<b>1 467.92</b>

Dossier n°

### Règlement compagnie (Dhs)

1 467.92

### Observation(s)

**Signature Adhérent(e)**

(\*1) Médicament NR

Neurologue

Electroencéphalogramme ( EEG )

Electromyogramme ( EMG )

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles

Ancien Chef de Clinique aux Hôpitaux de Lille

Ancien Interne au CHU de Dijon

أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

التحفيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للعضلات والأعصاب

خريج كلية الطب ببروكسيل

طبيب سابق

بمستشفيات فرنسا

## ◆ Détection motrice :

*Muscle court abducteur du pouce droit* : *Tracé neurogène pauvre à l'effort.*

*Muscle cinquième adducteur droit* : *Normale.*

*Muscle court abducteur du pouce gauche* : *Tracé neurogène intermédiaire riche à l'effort.*

*Muscle long supinateur droit* : *Normale*

*Muscle cinquième adducteur gauche* : *Normale.*

*Muscle long supinateur gauche* : *Normale*

## Conclusion :

*Les anomalies électro neurophysiologiques sont en faveur d'un syndrome du canal carpien bilatéral sévère à droite modéré à gauche avec des signes de dénervation sensitivo motrice.*

**Docteur Mounir EZZOUBI**

**Neurologue**

الدكتور منير الزوبعي  
Docteur Mounir EZZOUBI  
NEUROLOGUE  
EEG EMG  
أخصائي أمراض الدماغ والجهاز العصبي  
5, Rue Soumia, Rue Gallien - Q. des Hôpitaux  
Casab - Tel: 0522 48 53 61



الدار البيضاء، في : 15/2/2021  
Casablanca, le 15/2/2021

El Khyat Tahra

Douleur névralgique de l'index

G che

patiente diabétique mal  
équilibrée sous insulinothérapie

EMG des Mm Supérieurs

(Neurome?)

الدكتور مصطفى التويبي  
Dr. Moustapha El Touibi  
Dr. Maounir EZZOUBI  
NEUROLOGUE  
EEG - EMG

5, Rue Gallien - Casablanca - Tél. 0522 48 53 81

Dr. Bouchra BENNOUAF  
RACHIMATOLOGIE  
Spécialiste en Maladies des Os  
Articulations et Cervicale Vertébrale  
GSM: 05 91 45 47 64

Clinique Racine - Bd Massira - Casablanca - Tél.: 05 22 94 22 66 / 94 21 43 / 36 24 53 / 36 22 42

Fax : 05 22 94 21 28 / 05 22 36 25 31 - Patente : 35714435 - C.N.S.S.: 6496609

Docteur Mounir EZZOUBI

Neurologue

Electroencéphalogramme ( EEG )

Electromyogramme ( EMG )

Diplômé de l'Université Libre de Bruxelles

Ancien Chef de Clinique aux Hôpitaux de Lille

Ancien Interne au CHU de Dijon

الدكتور منير الزوبي

أخصائي في أمراض الدماغ والجهاز العصبي

التخطيط الكهربائي للدماغ (الشبكة)

التخطيط الكهربائي للعصبان والأعصاب

خرسق كليني أطبب ببروكسل

طبيب سابق

بمستشفيات فرنسا

15/02/2021  
Casablanca,

## Note d'honoraire

Nom et Prénom : EL KHAYAT Tahra

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN

### Prestation et Honoraire :

L'électromyogramme : 1000.00 Dh

Vitesse de conduction motrice (K30)

Vitesse de conduction sensitive (K30)

Détection motrice (K30)

**Total : 1000.00 Dh.**

Arrêter la présente facture à la somme de : Mille dirhams.

Docteur Mounir EZZOUBI  
Neurologue

دكتور منير الزوبي  
Doctor Mounir EZZOUBI  
NEUROLOGUE  
EEG - EMG  
أخصائي أمراض الدماغ والجهاز العصبي  
5, Rue Soumia, Rue Gallien - Q. des Hôpitaux  
Casablanca - Tel: 0522 48 53 61

شارع عبد المؤمن 5، رفقة غاليان، إقامة سومية شففه 9، الطابق 2 في المستشفيات - الدار البيضاء - الهاتف: 06 62 15 93 32 / 05 22 48 53 61، الطابق 2 في المستشفيات - الدار البيضاء - الهاتف: 06 62 15 93 32، الطابق 2 في المستشفيات - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 48 53 61، الطابق 2 في المستشفيات - الدار البيضاء - الهاتف: 06 62 15 93 32 - E-mail : mounir.ezzoubi@gmail.com

CLINIQUE RACINE  
Multidisciplinaire

RR

مصحة راسين  
متعددة الاختصاصات

الدار البيضاء، في : 15/2/2021  
Casablanca, le 15/2/2021

El Khayat Tahra

39.80

\* Laroxyl gouttes

24.90

\* 8 gouttes le soir (1 mois)

24.90

\* Artimax 5

92.00

\* 1 gel x 2 j (3 mois)

12.00

\* Céadol

28.70

\* Cp x 2 j (20 j)

114.50

\* Vitanicil fort 1Cp x 2 j (1 mois)

114.50

\* Esac 20 : 1 gel le soir (20 j) 121.00

Clinique Racine - Bd Massira - Casablanca - Tel.: 05 22 94 22 66 / 94 21 43 / 36 24 53 / 36 22 42

Fax : 05 22 94 21 28 / 05 22 36 25 31 - Patente : 35714435 - C.N.S.S.: 6496609

Pa