

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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 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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0003271

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : 63586

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : OUI HAIFA med

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 63 58 10 11 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même

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 : 17/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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	
				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"/>
<i>Signature et cachet du praticien</i> <i>en dessous du devis</i>		<i>Visa et cachet du praticien</i> <i>attestant l'exécution</i>		

VOLET ADHERENT	NOM : <i>OUHAFFSA Ned</i>
DECLARATION N° P 14 / 0035606	
MUPRAS <small>Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc</small>	
Date de Dépot	Montant engagé
<i>05-3-21</i>	<i>12h6,70 DHS</i>
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois <small>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</small>	

MUPRAS <small>Mutuelle de Prévoyance & d'Actions Sociales de Royal Air Maroc</small>	
P 14 / 0035606	
DATE DE DEPOT <i>9/3/12021</i>	
A REMPLIR PAR L'ADHERENT Mle 6794	
Nom & Prénom <i>OUHAFFSA Ned</i> <i>Signature de Ned</i>	
Fonction <i>RETRAITÉ</i> Phones <i>0665.10.33.02</i>	Mail
MEDECIN Prénom du patient <i>TAHIRA</i>	
<input type="checkbox"/> Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant 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 AM PC IM IV Montant détaillé des Honoraires	

N° règlement : 2021018055

 AtlantaSanad
DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Ste contractante : RENAULT COMMERCE

Soin du : 18/01/2021

Adhésion n° : 00000086

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Sinistre n° : 040.2021.00053773

Malade : Lui même

Déclaré le : 24/02/2021

Date décision : 26/02/2021

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Reçu le : 23/02/2021

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*) FOURNITURES & MATERIELS A USAGE MEDICAL	300.00	300.00	0.00	80.00	0.00

CONSULTATION DE GENERALISTE	100.00	0.00	100.00	80.00	80.00
Pharmacie	846.70	0.00	846.70	80.00	677.36
Totaux	1 246.70	300.00	946.70		757.36
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			757.36

Observation(s) :

(*) bond non remboursable

Signature Adhérent(e)

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES 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, 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.

ref : 14 / 0102 / V 0506



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 :

N° d'adhérent :

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : JEU HAYAT TAHERA

Prénom du patient (e) : TAHERA

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

Montant des frais exposés (en DH) : 1266,70

A : le / / Signature de l'adhérent (e) : [Signature]

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) : ELIE MARINAT

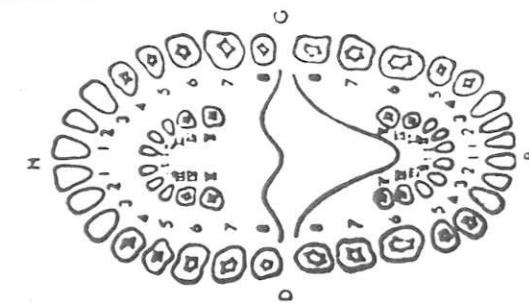
Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie^(*): Déshydratation

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 TRAITEMENTS	28-1-2001		C.	2042M	
PHARMACIE	18/1/2001			246,70	Dr. Mansour II Bld Sidi Bernoussi 105, Mansour II Bld Sidi Bernoussi Dr. Ilyass PHARMACIE Dalamis 5, Place Aïn Séba Tél: 0322344733m: 061522206
ANALYSES / RADIographies					
AUXILIAIRES MEDICAUX	18/1/2001				Dr. Ilyass Mansour II Bld Sidi Bernoussi Tel/Fax: 0322344733m: 061522206 Email: Parafarmacie@hot.fr BAGADILYCA
OPTICIEN					

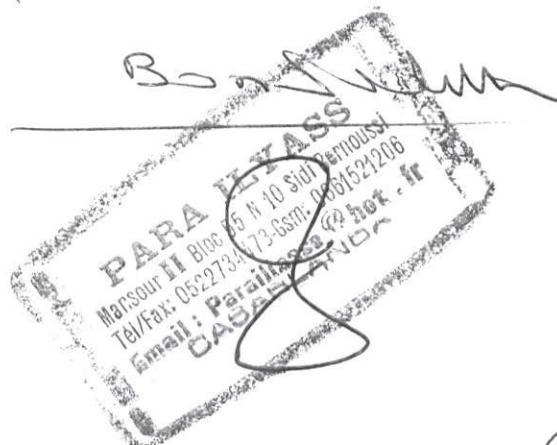


Docteur Fatiha TOUABI DAKHCH
MEDECINE GENERALE
405, Avenue (H) - Mansour 3
Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05
Tél : 05 22.73.11.28

الدكتورة فتحية توابي الشخص
الطب العام
405، شارع (H) منصور 3
سيدي البرنوصي - الدار البيضاء 05
الهاتف : 05 22. 73. 11.28

Casablanca, le ٢٨ ٢٠٠٣
الدار البيضاء في المغرب

7 - El kemamet - Mansour
BPM



Dr. TOUABI DAKHCH Fatiha
405, Mansour II Av. H
Sidi Bernoussi
Casablanca

Docteur Fatiha TOUABI DAKHCH

MEDECINE GENERALE

405, Avenue (H) - Mansour 3

Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05

Tél : 05 22.73.11.28

الدكتورة فتحة توابي الشخص

الطب العام

شارع (H) منصور 3

سيدي البرنوصي - الدار البيضاء 05

الهاتف : 05 22.73.11.28

Casablanca, le : ٢٨/٢/٢٠١٧
الدار البيضاء في المغرب

81/00

MOROIX

S.V

89/00

Am L.

S.V

21/00

V.D. S.V

PHARMACIE RIA
SALOUA
D. ELAYA PHARMACEUTIQUE
S. PRO H. Ahmed Mekouar Rd. Karim
BIN SEGHA - CASABLANCA
Tél: 022.35.85.20

45/00

en pharmacie

S.V

29/00

Fenglet

S.V

405, Mansour III Av. H.
Sidi Bernoussi

T= 846/70

Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 001529660000034