

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 canaux, 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 canaux.

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.



complémentaire
Déclaration de Maladie
M22- 0018714

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : A 25339
Nom & Prénom : OUMAFSA Ned
Date de naissance : 11-52
Adresse : 3615 la Figuiers Air Sebæ
Tél. : 0665103307 Total des frais engagés : 1520,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



AtlantaSanad
ASSURANCE



AS0001322894/20



S_D_202225056-
1-14

ATION DE MALADIE
er par maladie et par personne)

Contractante

Numéro d'adhésion 305713 Date de
AtlantaSanad Dépôt du dossier

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré 86

N° de police / N° de filiale 2019/1301

Numéro de Sinistre
(si ouverture par système)

Cachet Contractante

RENAULT COMMERCIAL MAROC
Place Bandoing
Tél : 0522 54 52 69
Fax : 0522 50 39 44 - Casablanca

24 MAI 2022

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales) N° CIN 13348234
ELKHAYAT TANRA

Nom et prénom du malade Lien de parenté
ELKHAYAT TANRA

Date des soins Signature de l'assuré

Montant des frais exposés 1520,20 MDS

Cadre réservé à Atlantasanad

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 : 13348234

N° de police / N° de filiale : Numéro d'adhésion :

Frais exposés : 1520,20 Date de dépôt : 16/05/22

N° de sinistre : 1520,20 Numéro de bordereau : Date des soins :

(si ouverture par système)



AS0001322894/20

NOM et Prénom du malade AL KHAMAT TAYEB Age : Ans
Nature de la maladie APP HERNIE - DABEL HIA
En cas d'Accident (Causes et Circonstances)

[illegible]

H	<input type="radio"/> DEVIS	<input type="radio"/> TRAITEMENT
---	-----------------------------	----------------------------------



AtlantaSanad
ASSURANCE

N° règlement : 2022100022

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

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

Déclaré le : 25/05/2022

Soin du : 06/04/2022

Sinistre n° : 040.2022.00305713

Date décision : 28/07/2022

Reçu le : 24/05/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*) CONSULTATION DE GENERALISTE	100.00	0.00	100.00	80.00	80.00
BANDELETTE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
Pharmacie	1 120.20	0.00	1 120.20	80.00	896.16
Totaux	1 520.20	0.00	1 520.20		1 216.16
Dossier n° :			Règlement compagnie (Dhs)		1 216.16

Observation(s) :

(*) REGLEMENT SUIVANT CLAUSES CONTRAT

Signature Adhérent(e)

Docteur Fatiha TOUABI DAKHCH

MEDECINE GENERALE

405, Avenue (H) - Mansour 3

Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05

Tél : 05 22.73.11.28

Casablanca, le : 05 22.73.11.28

الدكتورة فتيحة توابي الضيفاء

الطب العام

405, شارع (H) منصور 3

سيدي البرنوصي - الدار البيضاء 05

الهاتف : 05 22.73.11.28

7 - EL 10 147 AT. TATAT.

111.00
98.80
89.20
101.00
45.50
27.50
22.00

Humology
New foton
Am...
gr...
s...
s...

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

TRWP.



PARA ILYASS

Vente des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

Client :

ELKHAYN JAHRA

FACTURE N° 119/22

DATE :

18/5/2022

[illegible]

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			80

Arrêtée la présente fatcture à la somme de :

Mansour Bloc 55 N 10 Sidi Bernoussi - Casablanca - **MAROC** - Tél/Fax : 05 22 73 44 73
360616 PATENTE 31612216

R.C : 360616 - PATENTE : 31642013 - C.N.S.S : 7287479 - I.F: 52811269 - I.C.E : 000500324000054

Compte N° : 021780000018302706817190 Banque Crédit du Maroc - Casablanca - paraillyasse@gmail.com

Docteur Fatiha TOUABI DAKHCH

MEDECINE GENERALE

405, Avenue (H) - Mansour 3

Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05

Tél. : 05 22.73.11.28

الدكتورة فتيحة توابي الضخش

الطب العام

405, شارع (H) منصور 3

سيدي البرنوصي - الدار البيضاء 05

الهاتف : 05 22. 73. 11.28

Casablanca, le : 06 04 2007

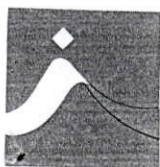
EL KHANAT TANKA

300, n

Banque

Signature

Dr. Fatiha TOUABI DAKHCH
Médecine Générale
405, Avenue (H) Mansour 3 Sidi Bernoussi
Casablanca - Tél: 0522 73 11 28



Lettre Complément Information

N° Police	: 004.2019.00000130	Intermédiaire	: 072 : ASSURANCE AFMA
Filiale	: 01 - RENAULT COMMERCE MAROC		
N° sinistre	: 040.2022.00305713	Adresse	: 44,BD KHALID IBNOULOALID AIN SEBAA - CASABLANCA
Frais engagés	: 1 520.20 Dhs		
Adhérent	: 00000086 - EL KHAYAT TAHRA	Date adhésion	: 01/01/2019
Malade	: Lui même	Date adh. Malade	: 01/01/2019
Date édition	: 27/05/2022	Date décision	: 26/05/2022
N° dossier	:	Réf.Etat	: i.hadri
Agent	: 072-ASSURANCE AFMA		

Madame , Monsieur

Nous accusons réception de votre déclaration de sinistre maladie du 06/04/2022 concernant l'assuré(e) précité(e)

Pour pouvoir donner suite à ce dossier, nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir :

* La durée du traitement.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.

POUR LA COMPAGNIE

 **AtlantaSanad**
ASSURANCE
181, Boulevard d'Anfa - CASABLANCA

N.B. La réponse doit être remise à la Compagnie dans un délais maximum de 2 mois.