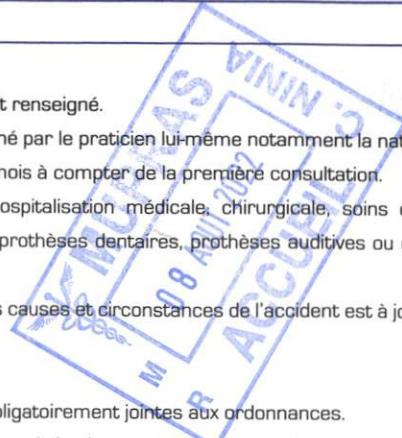


RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

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 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6794**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **OUHAFDA Nend**

Date de naissance : **1.1.52**

Adresse : **360ts les Figuiers Ain Sebae**

Tél. : **06 65 10 33 02**

Total des frais engagés **1.950,90** 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 : **8/8/92**

Signature de l'adhérent(e) :



**RECOMMANDATIONS GENERALES
POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

- ➊ Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
- ➋ Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
- ➌ 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 PPV 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 .
- ➍ 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.
- ➎ 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.).
- ➏ 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.

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 le n° A-A-101/2014

je ne
CONVENTION GRO



S_D_202233809
1-6

DE MALADIE
(par personne)

A remplir par la compagnie

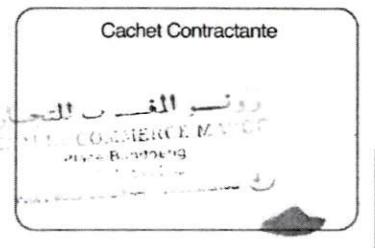
Numéro d'adhésion Date de
AtlantaSanad Dépôt du dossier

Numéro de bordereau

Cachet Contractante

Matricule de l'assuré 86

N° de police / N° de filiale 2019/130-1



A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)

N° CIN 1349234

ELKHAYAT TAHRA

Nom et prénom du malade

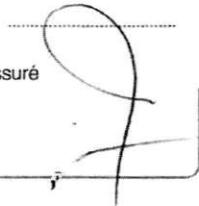
ELKHAYAT TAHRA

Lien de parenté

Date des soins

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés 1360,90 DA



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 Maticule : CIN 1349234

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés : 1360,90 DA

Date de dépôt : 6/7/2022

N° de sinistre :
(si ouverture par système)

Numéro de bordereau : Date des soins :



AS0001577147/20

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN			
NOM et Prénom du malade		Dr. Kader Far L Tc Casab	
Nature de la maladie		Dm bch (n10) / glb 123	
cas d'Accident (Causes et Circonstances)		Tardif	
DETAIL DES SOINS			
CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION			
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'établissement
4/7/82	(212-9)	300	Dr. Kader Far L Tc Casab
EXECUTION DES ORDONNANCES			
Dates	Montant	Cachet du Pharmacien	
4/7/82	136019	Dr. Kader Far L Tc Casab	
ANALYSES - RADIOPHARMACIES			
Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien
4/7/82	1	300	Dr. Kader Far L Tc Casab
ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX			
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien
6/2/82	1	300	Dr. Kader Far L Tc Casab

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



N° règlement : 2022095086

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Adhésion n° : 00000086

Malade : Lui même

Numéro RIB : 013780010032184320013948

DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

Ste contractante : RENAULT COMMERCE MAROC

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Soin du : 04/07/2022

Déclaré le : 18/07/2022

Sinistre n° : 040.2022.00439488

Date décision : 19/07/2022

Reçu le : 14/07/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*) Pharmacie	1 360.90	0.00	1 360.90	80.00	1 088.72
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
(*) Pharmacie	300.00	79.00	221.00	80.00	176.80
Totaux	1 960.90	79.00	1 881.90		1 505.52
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			1 505.52

Observation(s) :

(*) boflex gel

(*) boflex gel

Signature Adhérent(e)

Docteur Bennani Abdelilah

Cabinet Médical spécialisé en :

- ENDOCRINOLOGIE
 - DIABETE
 - NUTRITION

(Sur Rendez-Vous)



الكتير بناني عبد الللة
عيادة متخصصة في :
- أمراض الغدد الهرمونية
- السكري
- التغذية
(بالموعد)

Casablanca, le : 1930



4/7/22

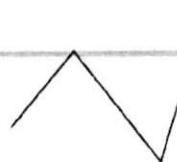
Chlorophenol
(46%)

Horaire de Consultation:

Lundi - Vendredi : 9h -17h

Samedi (matinée) : 9h - 13h

433، شارع محمد الخامس، الطابق الثاني، رقم 5 - (قرب ساحة آل ياسر) الدار البيضاء - الهاتف 05 22 40 33 34 / 35
433, Bd. Mohammed V, 2^{ème} Etage Appt N° 5 - (à côté du Rond Point Albert 1^{er}) Casablanca - Tél./Fax : 05.22.40.33.34 / 35
GSM : 06 63 08 09 47 - Email : abdel.benn@hotmail.fr



PARA ILYASS
Vente des

PARA ILYASS

Vente des Produits Parapédiatrique et Parapharmaceutiques

Client : 62KHAYT
TARBA

FACTURE N° 167/29

DATE : 6/8/20

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			370,

Arrêtée la présente facture à la somme de :