

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 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.



compréhension
Déclaration de Maladie

M22- 0038618

134685

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Reha Te
 Nom & Prénom : OUMAFSA Med
 Date de naissance : 11.52
 Adresse : 3 lots la Figueira Aix Sebra
 Tél : 06 65 10 33 02 Total des frais engagés : 1602,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ECAHAT TAHA 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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 25/10/22

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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 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.

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



AtlantaSanad
ASSURANCE



AS0001940099/20

CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion

AtlantaSanad

Date de

Dépôt du dossier

Numéro de bordereau

Cachet Contractante

Matricule de l'assuré

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)

ECKHAYAT TAJRA

N° CIN

3348234

Nom et prénom du malade

ECKHAYAT TAJRA

Lien de parenté

Date des soins

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

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 : ECKHAYAT

Matricule :

CIN : 3348234

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés : 1602

dh

Date de dépôt :

29/9/22

N° de sinistre :

Numéro de bordereau :

(si ouverture par système)



AS0001940099/20

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade Ouhalla Yahia Age : _____ Ans

Nature de la maladie Diabète DR. Mohamed El Hachimi

En cas d'Accident (Causes et Circonstances) _____

*Spécialiste O.R.L.
47, Angle Bd. Anfa & Bd. M. V. Youssouf
Tél: 0522 20 40 41 / 0522 20 77 47
Casablanca*

DETAIL DES SOINS

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION				EXECUTION DES ORDONNANCES		
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'Et. hospitalier	Dates	Montant	Cachet du Pharmacien
20/09/22	C1	300,	<i>DR. Mohamed El Hachimi Spécialiste O.R.L. 47, Angle Bd. Anfa & Bd. M. V. Youssouf Tél: 0522 20 40 41 / 0522 20 77 47 Casablanca</i>	20/09/22	552,10	
	C10	250,				
	C25	500,				
				ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
				Dates	Coefficients	Montant
				ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX		
				Dates	Désignations	Montant

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

<p align="center">Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.</p>	<input type="radio"/> DEVIS Etabli le _____		<input type="radio"/> TRAITEMENT Commencé le _____ Terminé le _____		
	S O I N S			P R O T H E S E	
	Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction
Partie réservée au contrôle	Montant des soins DH _____			Montant de la prothèse DH _____	
	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	



AtlantaSanad
ASSURANCE

N° règlement : 2022128822

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Ste contractante : RENAULT COMMERCE MAROC

Adhésion n° : 00000086

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Soin du : 26/09/2022

Malade : Lui même

Déclaré le : 06/10/2022

Sinistre n° : 040.2022.00629639

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Date décision : 07/10/2022

Reçu le : 05/10/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
Pharmacie	552.50	0.00	552.50	80.00	442.00
ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE	750.00	0.00	750.00	80.00	600.00
Totaux	1 602.50	0.00	1 602.50		1 282.00
Règlement compagnie (Dhs)					1 282.00

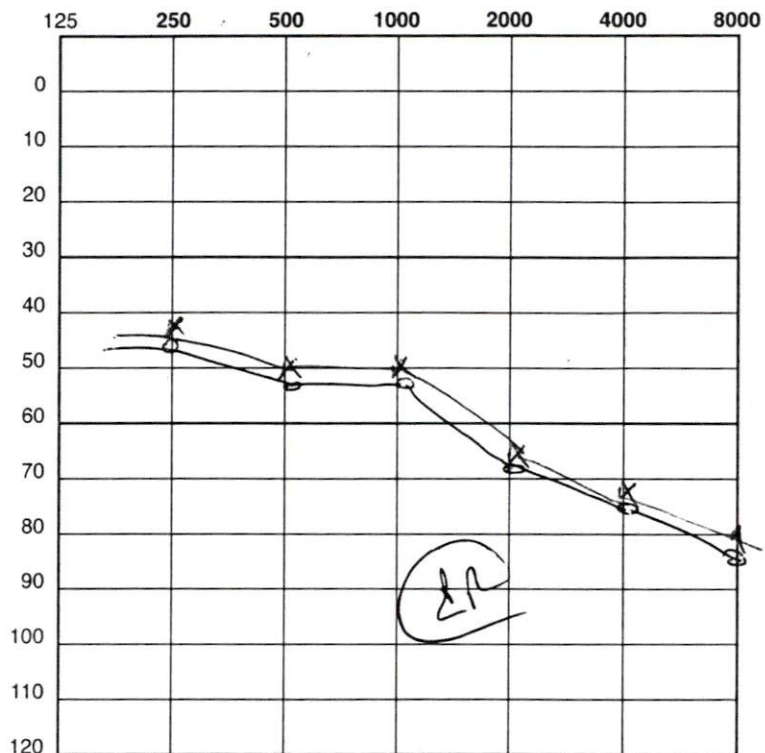
Dossier n° : AS0001940099/20

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

AUDIOMETRIE TONALE

OD



PERTE AUDITIVE

	OD	OG
500		
1000		
2000		
4000		
Totaux		

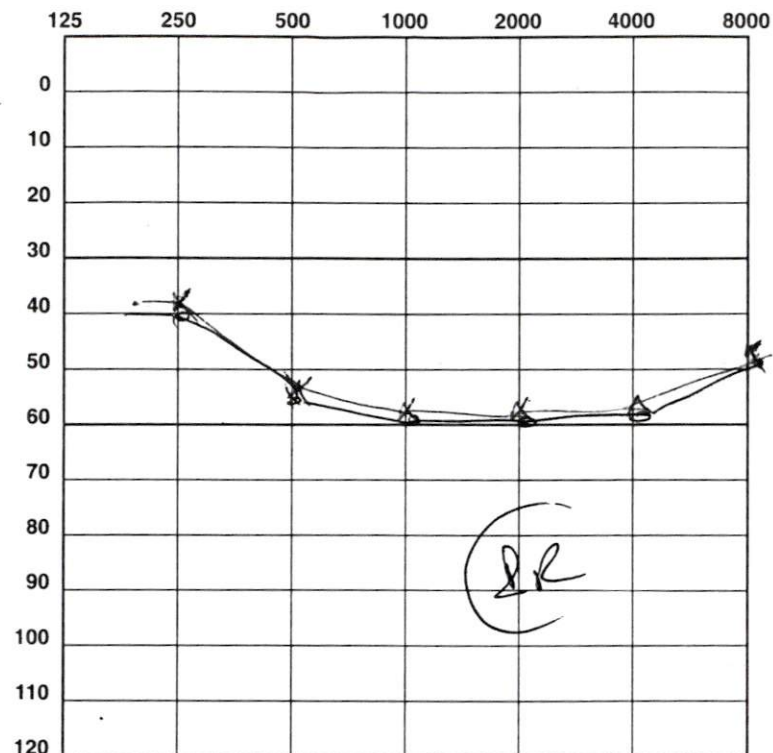
DEFICIT BINAURAL

B.O. x 7 =

M.O. x 1 = 8

= %

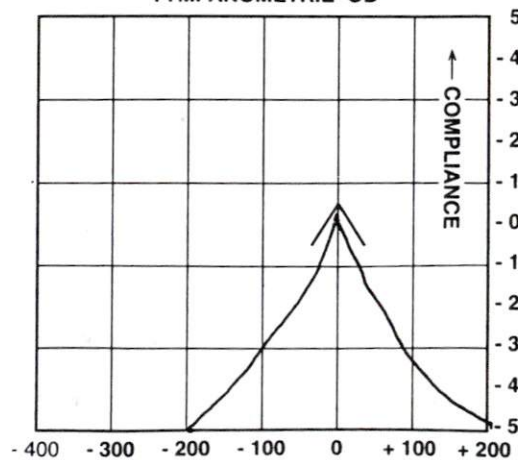
OG



COA COR + + =

COA COR + + =

TYMPANOMETRIE OD



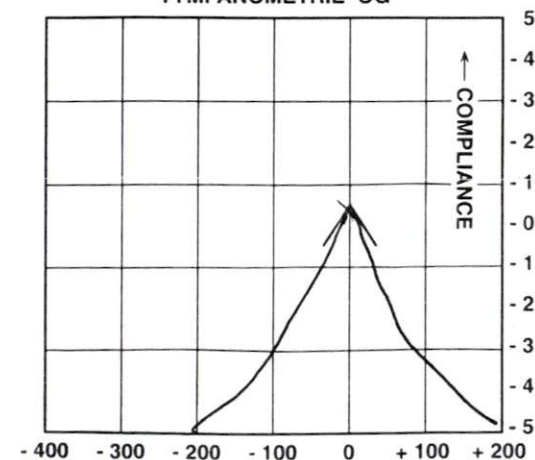
WEBER { Front
Menton

250	500	1000	2000	4000	8000

IMPEDANCEMETRIE

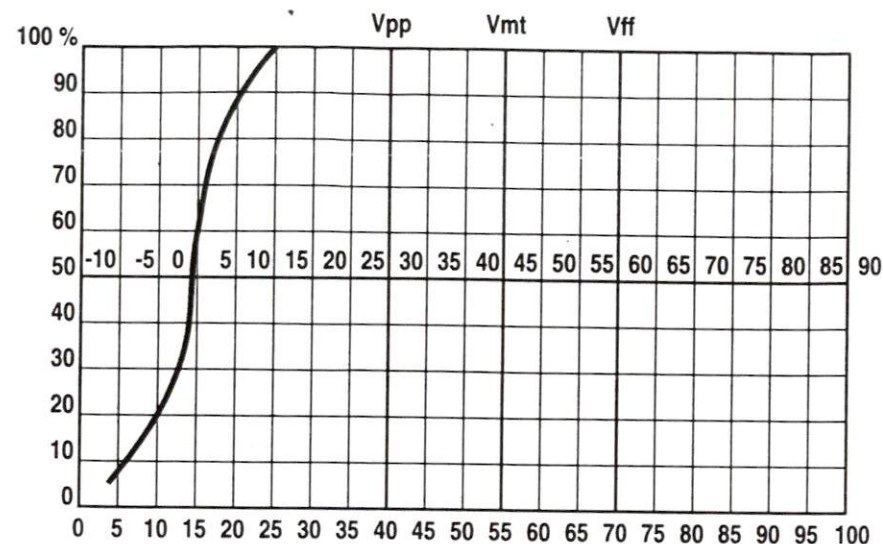
OD Réflexe - Stapédien			OG		
Contro	Ipsi		Contro	Ipsi	
dB + O	dB + O	500 Hz	dB + O	dB + O	
dB + O	dB + O	1.000 Hz	dB + O	dB + O	
dB + O	dB + O	2.000 Hz	dB + O	dB + O	
dB + O	dB + O	4.000 Hz	dB + O	dB + O	
OG	OD	Stimulation	OD	OG	
OD	OD	Réflexe	OG	OG	

TYMPANOMETRIE OG



- O.D. : Trait Rouge
- O.G. : Trait Bleu
- + Appareil : Pointillé

EPREUVES VOCALES



Cabinet du Docteur M'hamed CHRAÏBI
Explorations Fonctionnelles
Madame ESSEFFAR Soumeya
Audiométriste Diplômée de Bordeaux

AUDIOGRAMME

Nom : OUHAFSA Prénom : TAKA

Date de naissance : _____ Profession : _____

Adresse : _____

Médecin traitant : 26/3/2022

Observations : _____

*Docteur M'hamed CHRAÏBI
 Spécialiste O.R.L.
 47, Angle Bd. Anfa & Bd. Mly Youssef
 Tél: 0522 20 60 44 / 0522 20 77 47
 Casablanca*

الدكتور محمد (الشرايبي)

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.

Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus

Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochléaire

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

Casablanca, le : 26.09.22

Le Docteur

Prie M. Ouhafsa Tahra

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente

suivant l'usage sa note d'honoraires pour

Lavage d'oreille droite Bouche
de Cerumen 10

S'élevant à la somme de 250, Dhs.

Deux cent cinquante Dhs

M'hamed
Spécialiste O.R.L.
7, Angle Bd. Anfa & Bd. My Youssef
Tél: 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67 68

Résidence Roïa: 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2ème étage - Casablanca
Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91
En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05

الدكتور محمد الشرايبي

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

C.E.S. Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale-laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux - Membre de la Société Française d'O.R.L.

Micro-Chirurgie de l'Oreille, Chirurgie Endoscopique du Nez et des Sinus

Exploration fonctionnelle du vertige de la surdité et du larynx - Implant Cochléaire

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

Casablanca, le : 16.09.2022

Le Docteur

Prie M. Ouhafsa Tahra.

d'accepter l'expression de ses sentiments distingués et lui présente

suivant l'usage sa note d'honoraires pour

Audiogramme Impédancemétrie
25

S'élevant à la somme de 500, Dhs.

Quin cent Dhs

M'hamed CHRAÏBI
spécialiste O.R.L.
7, Angle Bd. Anfa & Bd. My Youssef
Tél: 0522 20 69 47 / 0522 20 77 67
Casablar.ca

Résidence Roia: 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2ème étage - Casablanca
Téléphone : 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91
En cas d'urgence, contacter la Clinique Ghandi : 05 22 36 74 05

CENTRES DE CORRECTION AUDITIVE مراكز تصحيح السمع

Oumama BELFQUIH
Audioprothésiste - Diplômée d'état



26/9/2022

Veillez procéder à

L'appareillage audioprothétique de

☒ O.D.

☒ O.G.

D^r OUNAFSA TAIK

La fabrication d'embout (anti-eau / anti-bruit) à

☐ O.D.

☐ O.G.

L'essai avec vibreur osseux

☐ O.D.

☐ O.G.

L'audiométrie comportementale de l'enfant avec et sans correction

☐ O.D.

☐ O.G.

Observations

SL 4A 560

Docteur Mohamed CHRAÏBI
Spécialiste O.R.L.
Diplômé de la Faculté de Médecine de Bordeaux
47, Angle Bd Antio et Bd. Mly Youssef, 2ème Etage
Tél: 05 22 20 71 91 / 05 22 20 77 67 / 68
Fax: 05 22 20 71 91 - Casablanca
INPE: 051042941501001000051

ASABLANCA Gauthier

Av Hassan Soukani, Gauthier

: 05 22 20 38 43 / 27 33 86 - Fax : 05 22 20 38 53 - GSM : 06 61 23 26 71

ABAT Agdal

Avenue Fal Ould Oumeir, Appt n°2, Agdal

: 05 37 77 51 18 - GSM : 06 66 88 96 47

MARRAKECH

7, Angle Al Moukaouama et rue Capitaine Arrigui,

sidence Hanane Guéliz en face le collège Lalla Meryem

: 05 24 30 00 93 - GSM : 06 61 30 44 89

ANGER

sidence Prestige, N° 5 Angle Av Prince Héritier et Al Massira

: 05 39 34 02 30 48

HOURLIBA

ulevard Mohamed V, Rue Marrakech, N°4, 1er Etage, Appt N°1

/Fax : 05 23 49 15 50 - GSM : 06 62 64 51 69

AYOUNE

ulevard Mekka, Bâtiment 186 Appartement N°8 étage

: 05 28 98 01 07 - GSM : 06 62 86 47 23

ASABLANCA Ain Chock

16, Avenue El Moukaouama devant l'école Ahmed Echarqaoui l'Océan

Tél.: 05 37 20 03 31 - 05 22 72 37 13 - GSM : 06 61 93 40 40

RABAT l'Océan

Avenue Al Moukaouama, Rue Oued Ziz Imm. Tifaouine E1, 2me étage, N°22

Tél.: 05 28 82 13 14 - GSM : 06 62 13 97 77

AGADIR

Local N°1 Lot. La Colline Immeuble B56, Boulevard Jelloul Mohammed

(à côté de la clinique Badr)

Tél.: 05 36 68 88 83 - GSM : 06 61 39 19 37

OUJDA

17, Rue Abdellah Guennoun, Quartier El Kindi

Tél.: 05 36 33 33 60 - GSM : 06 61 78 11 38

NADOR

Avenue Attahrir, N° 138 RDC Magasin N°1

Tél.: 05 23 80 26 66 - GSM : 06 62 64 51 69

EL JADIDA