

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.

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

M22- 0018713

154391

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6784

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraité

Nom & Prénom :

OUHAFFSA Red

Date de naissance :

11 52

Adresse :

LOT Les Figuiers n°3A in Sebaa

Tél. :

0665 10 33 08

Total des frais engagés : 1361,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

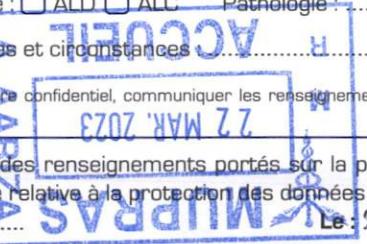
Conjoint

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 : 09/08

Le : 22/03/23

Signature de l'adhérent(e) :





AtlantaSanad
ASSURANCE



AS0002546231/20

CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion Date de
AtlantaSanad 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)
ELKHAYAT TAHADIA N° CIN *B349 23 X*

Nom et prénom du malade Lien de parenté

Date des soins Signature de l'assuré *El khayat*

Montant des frais exposés

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 TAHADIA* Matriucle : CIN :

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

Frais exposés : dh Date de dépôt : / /

N° de sinistre : Numéro de bordereau : Date des soins :
(si ouverture par système)



AS0002546231/20

Docteur Fadoua BELACHMI



MÉDECINE GÉNÉRALE

- Diu en Diabetologie
de la FMPR
 - Permis de Conduire

الدكتورة فدوی بلہشمی

الطب العام

- حاصلة على دبلوم في داء السكري

من كلية الطب الرّباط

- رخص السائق

05 22 75 73 74

الدار البيضاء في 15 / 8 / 2023

~~INPE 092000~~ ELKHAYAT TAHRRA T:41A,80

(111,00 * 4)

Homelogs

$60,0^{\circ}$

P - S.V

$$30 - 30 = 30 \quad (N=04)$$

Date _____

1962 14P15 (US)

Envoi à sirop

* Snop
ACOSX31 S.V

300

Orders to go get

1350

(411) Cetoflom 2 → 8

112

Nozinen 2-84

11

24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1^{er} Eage Aïn sebaa (prés



24، شارع الحاج أحمد مكوار الطابق الأول عين السبع - الدار البيضاء

24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1^{er} Eage Aïn sebaa (prés de fhas fekak) - Casablanca

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade

Nature de la maladie

En cas d'Accident (Causes et Circonstances)-

Age : Ans

DETAIL DES SOINS

Docteur Fadoua BELACHMI

MÉDECINE GÉNÉRALE

- Diu en Diabétologie de la FMPR
- Permis de Conduire



الدكتورة فدوی بلہشمی

الطب العام

- حاصلة على دبلوم في داء السكري
من كلية الطب الرباط
- رخص السياقة

05 22 75 73 74

Casablanca, le 16/02/2023 الدار البيضاء في

Dr. DR BELKHAYAT TAHRA
- Bandelotte am tour plus
(N = 52)
nappx 315

- fecette nappx 315 (N = 51)
Dr. DR

Signature



24، شارع الحاج أحمد مکوار الطابق الأول عین السبع - الدار البيضاء
24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1^{er} Eage Aïn sebaa (prés de fhas fekak) - Casablanca





PARA ILYASS

 PARA ILYASS
Vente des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

Client : 62KHAYAT
TAHRA

FACTURE N° 23728

DATE : 20/2/23

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			<i>Sce d'H</i>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

N° règlement : 2023039073

 AtlantaSanad
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 Soin du : 15/02/2023

Déclaré le : 03/03/2023 Sinistre n° : 040.2023.00088307

Date décision : 03/03/2023

Reçu le : 01/03/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
BANDELETTE	500.00	0.00	500.00	80.00	400.00
Pharmacie	741.80	0.00	741.80	80.00	593.44
CONSULTATION DE GENERALISTE	100.00	0.00	100.00	80.00	80.00
Totaux	1 341.80	0.00	1 341.80		1 073.44
Dossier n°	AS0002546231/20	Règlement compagnie (Dhs)			1 073.44

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)