

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.



Maladie

Dentaire

Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM 160471

Actif Pensionné(e) Autre: Rehaila

Nom & Prénom : OUFTAIFA Roudha

Date de naissance : 11/52

Adresse : Hots 1er Figuier Ain Sebae

Tél. 0665103302 Total des frais engagés 1724,51 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 MAI 2023

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 : 12/05/22

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.



CONVENTION GROUPE

**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 bénéfice 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 CNPD sous le n° A-A-101/2014

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 TAHRA

N° CIN 8349234

Nom et prénom du malade

TAHRA

Lien de parenté

e m

Date des soins

28/3/2023

Signature de l'assuré ADemete

Montant des frais exposés

1724,50 DH

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

Matricule : CIN : 8349234

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés : 1724,50 dh

Date de dépôt : 30/3/23

N° de sinistre :

Numéro de bordereau :

(si ouverture par système)

Date des soins : 28/3/23

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade

Nature de la maladie

En cas d'Accident (Causes et Circonstances):

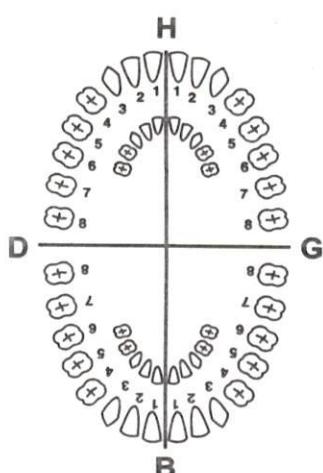
OUHAFSA TAHRAT
AFFECTION ORL

Age : THIRTY, Ans

Age : _____ Ans
Dacteur M'hamed CHRAIBI
Spécialiste O.R.L.
47, Angle Bd. Anfa & Bd. M. Youssef
Tel: 0522 20 69 43/0522 20 77 67
Casablanca -

DETAIL DES SOINS

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.

Partie réservée au contrôle

Montant des soins

Montant de la prothèse

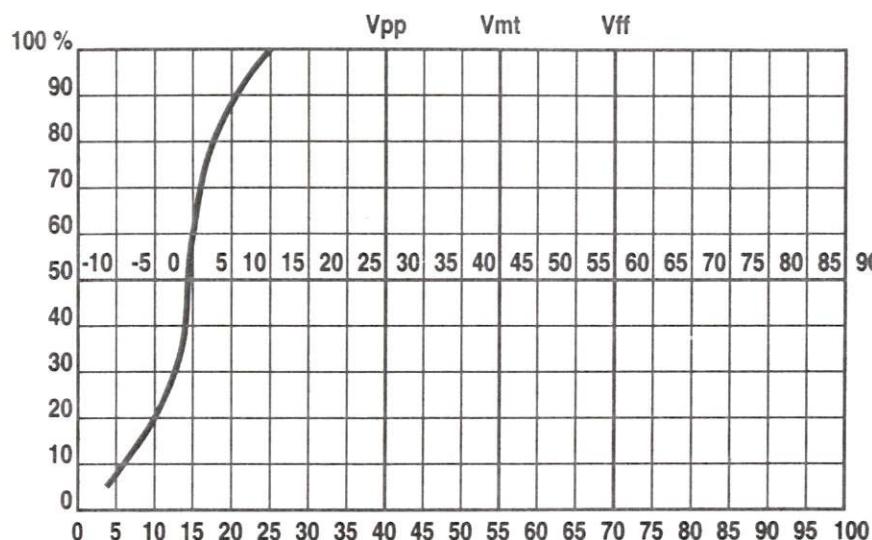
**Cachet et Signature du praticien
attestant l'exécution et la paiement des
soins (et ou) de la prothèse**

- O.D. : Trait Rouge

- O.G. : Trait Bleu

- + Appareil : Pointillé

EPREUVES VOCALES



Cabinet du Docteur M'hamed CHRAÏBI Explorations Fonctionnelles

AUDIOGRAMME

Nom : AHMEDA Prénom : TAHRA

Date de naissance : _____ Profession : _____

Adresse : _____

Médecin traitant : _____ 28/03/2023

Observations : _____

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

الدكتور مهamed (السرابي)

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 Cochlear

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

CASABLANCA Le 28/03/2023,

Madame OUHAFSA Tahra

47.80 x 2

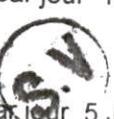
1) DASEN CP



2 comprimés 3 fois par jour 15 JRS

55.10

2) BIOMYLASE 3000



1 comprimé 3 fois par jour 5 JRS

27.80

3) POLYDEXA gouttes auricul



4 gouttes auriculaire 2 fois par jour

58.10

4) HISTANORM 10 mg (BTE 30 CP)



1 comprimé le soir 1 MOIS

119.10

5) RISONEL 0.05 %



2 pulvérisation(s) le matin 1 MOIS

25.10

6) BRONCHOLIBER GELULE



1 gélule par jour

T = 4241.50

INPE 0920508247X
PHARMACIE LA OUA
LA LAMINA PHARMACIE
DR. M'hamed CHRAÏBI
1611 022 38.88.90

Docteur M'hamed CHRAÏBI
Spécialiste O.R.L.
17, Angle Bd Anfa et Bd My Youssef de Bordeaux
Tél: 05 22 20 69 43 / 05 22 20 77 67/68 - Fax : 0522 20 71 91
Inpe: 0920508247X - ICE: 06 638091000051

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 الشرابي

Docteur M'hamed CHRAÏBI

Spécialiste O.R.L.

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

Diplôme 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 Cochlear

Reéducation des vertiges et troubles de l'équilibre

Casablanca, le : 28/03/2023

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'oreilles bilatérales

2500

S'élevant à la somme de

500 Dhs.

Cinq Cent dirhams

M'hamed CHRAÏBI
Spécialiste O.R.L.
Angle Bd. Anfa & Bd. My. Youssef
Tél: 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

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

دكتور عمر الشرايبى

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 Cochleaire

Rééducation des vertiges et troubles de l'équilibre

Casablanca, le : 28/03/2023

Le Docteur.....

Prie M OUNHAFFSA TAHRA

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

suivant l'usage sa note d'honoraires pour.....

Audiogramme + Impédancemétrie

K25

S'élevant à la somme de 500 Dhs.

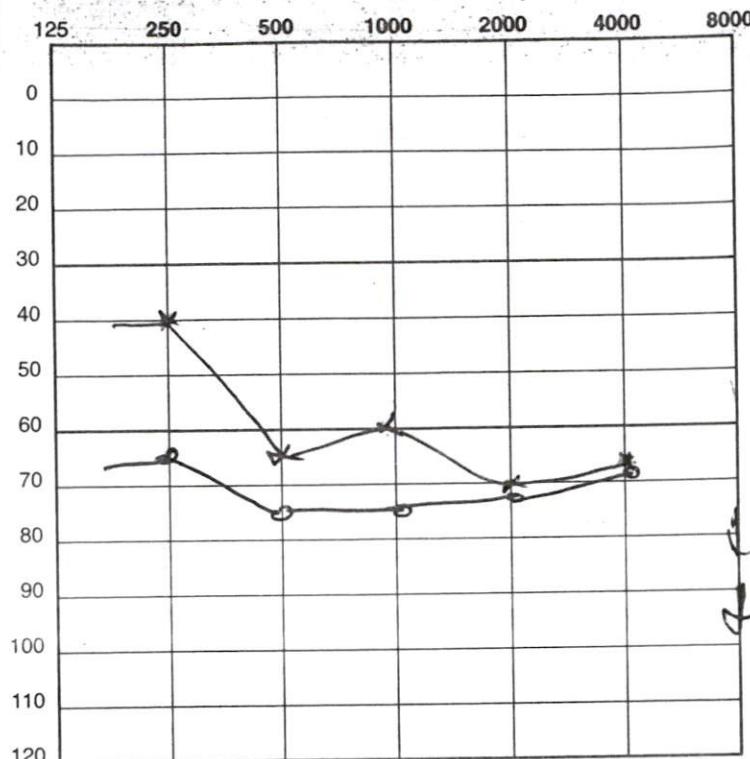
Cinq Cent dirhams

M'hamed CHRAÏBI
spécialiste O.R.L.
Angle Bd. Anfa & Bd. My. Youssef
Tél: 0522 20 69 43 / 0522 20 77 67

Résidence Roïa: 47, Angle Bd. d'Anfa & Bd. My Youssef - 2^{ème} 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

AUDIOMETRIE TONALE

OD



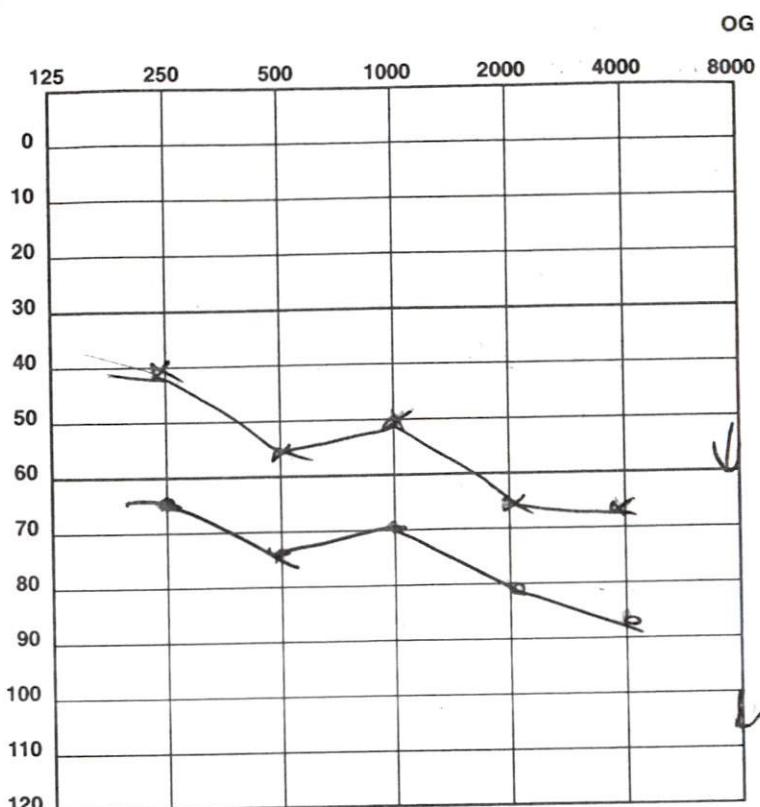
PERTE AUDITIVE

| OD | OG |
|--------|----|
| 500 | |
| 1000 | |
| 2000 | |
| 4000 | |
| Totaux | |

DEFICIT BINAURAL

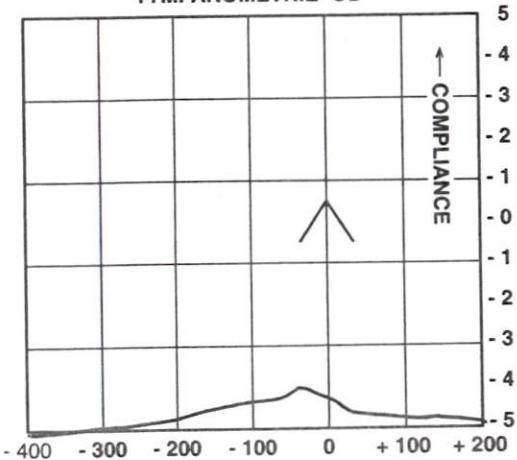
$$\begin{aligned} \text{B.O.} \dots \times 7 = & \\ \text{M.O.} \dots \times 1 = & \underline{\quad} \\ = & \% \end{aligned}$$

8

COA
COR

+ + =

TYMPANOMETRIE OD

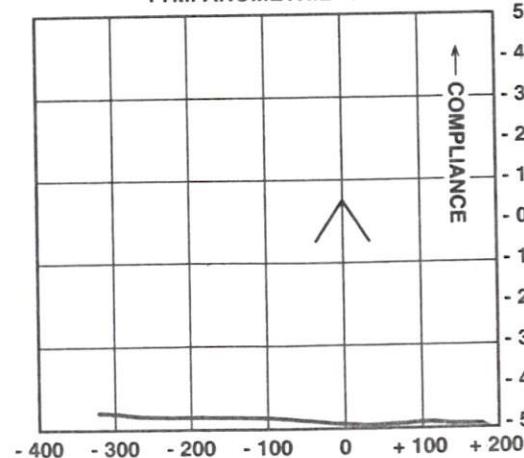
WEBER { Front
Menton

| 250 | 500 | 1000 | 2000 | 4000 | 8000 |
|-----|-----|------|------|------|------|
| | | | | | |
| | | | | | |

IMPEDANCEMETRIE

| OD | | Réflexe - Stapedien | | OG | |
|--------|--------|---------------------|--------|--------|--|
| Contro | Ipsi | 500 Hz | 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

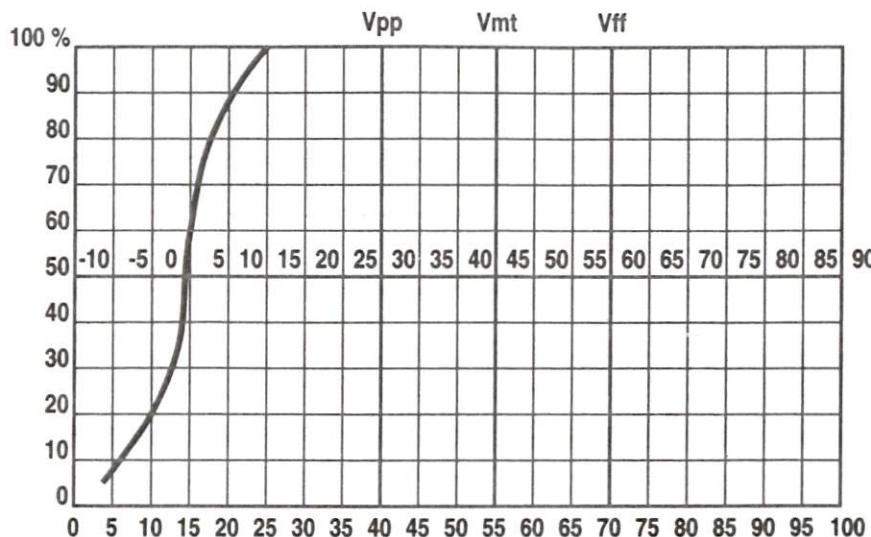


- O.D. : Trait Rouge

- O.G. : Trait Bleu

- + Appareil : Pointillé

EPREUVES VOCALES



Cabinet du Docteur M'hamed CHRAÏBI

Explorations Fonctionnelles

AUDIOGRAMME

Nom : AI HAFSA Prénom : TAHRA

Date de naissance : _____ Profession : _____

Adresse : _____

Médecin traitant : _____

28/03/2023

Observations : _____

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



AtlantaSanad
DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2023052654

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 : 28/03/2023

Déclaré le : 06/04/2023

Sinistre n° : 040.2023.00167214

Date décision : 10/04/2023

Reçu le : 05/04/2023

| Nature Prestation | Frais Engagés (Dhs) | Remboursement | | | |
|--|---------------------|---------------------------|-----------------|------------|---------------------|
| | | Mnt.Retenu (Dhs) | Base Remb.(Dhs) | Tx(%)/Val. | Mnt.Remboursé (Dhs) |
| Pharmacie | 424.50 | 0.00 | 424.50 | 80.00 | 339.60 |
| (*) ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE | 500.01 | 350.01 | 150.00 | 80.00 | 120.00 |
| (**) ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE | 500.00 | 0.00 | 500.00 | 80.00 | 400.00 |
| CONSULTATION DE SPECIALISTE | 300.00 | 0.00 | 300.00 | 80.00 | 240.00 |
| Totaux | 1 724.51 | 350.01 | 1 374.50 | | 1 099.60 |
| Dossier n° | AS000253196/20 | Règlement compagnie (Dhs) | | | 1 099.60 |

Observation(s) :

(*) acte = 150

(**) acte = 150

Signature Adhérent(e)