

# 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.

## **Biologie 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.

## **tique :**

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## **éducation :**

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.

## **taire :**

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.

## **adie 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 : N° P19- 0006944**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 67944 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : OUIAFA SA M... 1793, 20 Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 63 58 10 11 Total des frais engagés : 1793, 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 : .....

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 Le : 29/10/19

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]											
				MONTANTS DES SOINS [ ]											
				DEBUT D'EXECUTION [ ]											
				FIN D'EXECUTION [ ]											
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE														
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	11433553	G	35533411		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	11433553													
G	35533411														
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS [ ]											
				DATE DU DEVIS [ ]											
				DATE DE L'EXECUTION [ ]											

SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

**N° règlement** : 2019520712

### DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

**Contrat n°** : 004.2019.00000130-01  
**Adhésion n°** : 00000086  
**Malade** : Lui même  
**Numéro RIB** : 013780010032184320013948

**Ste contractante** : RENAULT COMMERCE      **Soin du** : 31/05/2019  
**Adhérent(e)** : EL KHAYAT TAHRA      **Sinistre n°** : 040.2019.10083533  
**Déclaré le** : 01/08/2019      **Date décision** : 05/08/2019  
**Reçu le** : 31/07/2019

<b>Nature Prestation</b>	<b>Frais Engagés (Dhs)</b>	<b>Remboursement</b>			
		<b>Mnt.Retenu (Dhs)</b>	<b>Base Remb.(Dhs)</b>	<b>Tx(%)/Val.</b>	<b>Mnt.Remboursé (Dhs)</b>
Pharmacie	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
CONSULTATION DE GENERALISTE	100.00	0.00	100.00	80.00	80.00
Pharmacie	1 393.20	0.00	1 393.20	80.00	1 114.56
<b>Totaux</b>	<b>1 793.20</b>	<b>0.00</b>	<b>1 793.20</b>		<b>1 434.56</b>
<b>Dossier n°</b>		<b>Règlement compagnie (Dhs)</b>			<b>1 434.56</b>

**Observation(s)** :

**Signature Adhérent(e)**

## 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 PPM 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, rééducation ...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 durent 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 transmises à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.
- réf : 14 / 0102 / V0506
- 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 l'en<sup>e</sup> A-A-101/2014



شركة التامين و إعادة التامين أطلانتا  
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA  
Entreprise privée régie par la loi 17-99 portant code des assurances

## FEUILLE DE SOINS

### A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante

N° de police : 204 / 03 - 1

N° d'adhérent : 86

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : ELKHAYAT TAHIRA

Prénom du patient (e) : TAHIRA

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : Adhérente

Montant des frais exposés (en DH) : 1793,80 DHS

A : Casablanca, le 25/7/19 Signature de l'adhérent (e) :

Liens de téléchargement de l'application mobile Atlanta :

iOS : <http://www.atlanta.ma/iphone>

Android : <http://www.atlanta.ma/android>

Ces liens vous permettent la consultation de vos dossiers maladie.

### CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil

**A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

Nom et prénom du patient (e) : El Kassabti Tamara

Age du patient (e) : ..... Date des soins : .....

Nature de la maladie<sup>(\*)</sup>: Pyj' catarrhalis

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances :

(\*) : Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	32-5-2019		7	700 Dhs	
PHARMACIE	31/15) 2019		13 93,20	405, Mansour III Av. H Sidi Bernoussi	Dr. TOUABI DAHCHI Fatima
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX	31/18/2019		80		
OPTICIEN					

# الدكتورة فتحية تهابي الضئش

AKHCH

GENERALE

Avenue (H) - Mansour 3  
Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05  
Tél : 05 22.73.11.28

الطب العام

شارع (H) منصور 3  
سيدي البرنوصي - الدار البيضاء 05  
الهاتف : 05 22. 73. 11.28

Casablanca, le : ٢١ / ٠٧ / ٢٠٢٣

Dr. TOUABI Fathia Zaini  
405, Mansour III Av. H.  
Sidi Bernoussi  
Casablanca  
Morocco  
Signature

Docteur Fatiha TOUABI DAKHCH

MEDECINE GENERALE

405, Avenue (H) - Mansour 3

Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05

Tél : 05 22.73.11.28

الدكتورة فاتيحة توابي الشخص

الطب العام

شارع (H) منصور 3

سيدي البرنوصي - الدار البيضاء 05

الهاتف : 05 22.73.11.28

Casablanca, le: .....  
الدار البيضاء في

7 - El Karmat Tamez

180,00

F mazhar 3 gr

46,90

A uicwah 4 gr

28,80x3

vitamine

581,00

7 3 signs

2250000

Dr. TOUABI DAKHCH Fatiha  
405, Mansour HAV. H  
SIDI BERNOUSSI

LOT: 0047  
PER: 04-22  
PPC: 83.00 DH

Gel astringent vaginal

4000 6000 5000

8300 ConforMed

8300 Dr. TOUABI Dr. M. R. P. S.  
405, Mansour III Av. N.  
Sidi Bernoussi  
Pharmacie de la Confiance

1022,80

Docteur Fatiha TOUABI DAKHCH

MEDECINE GENERALE

405, Avenue (H) - Mansour 3

Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05

Tél : 05 22.73.11.28

## الدكتورة فتحية توابي الشخص

الطب العام

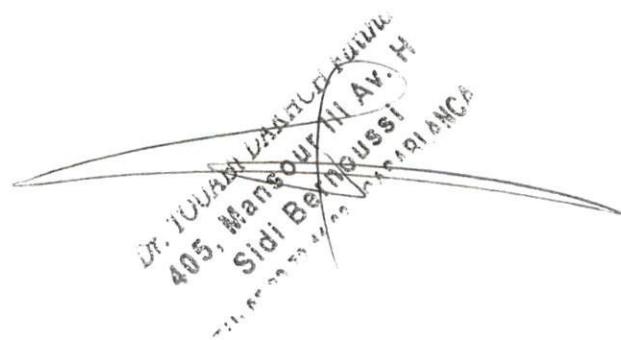
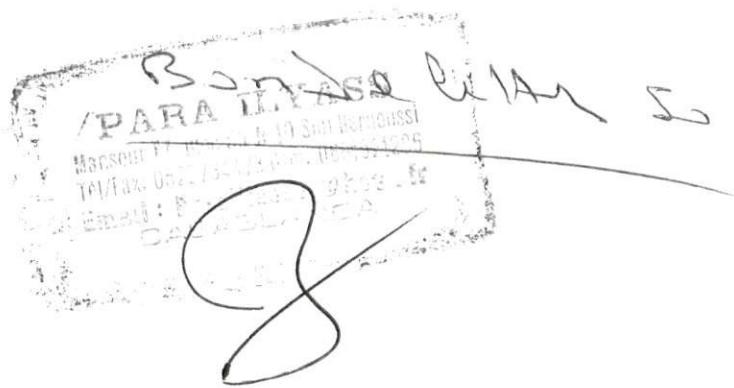
شارع (H) منصور 3 405

سيدي البرنوصي - الدار البيضاء 05

الهاتف : 05 22.73.11.28

Casablanca, le : ٢٤٣٢٠١٩

٢٠١٩-١٢-٢٤





# **PARA ILYASS**

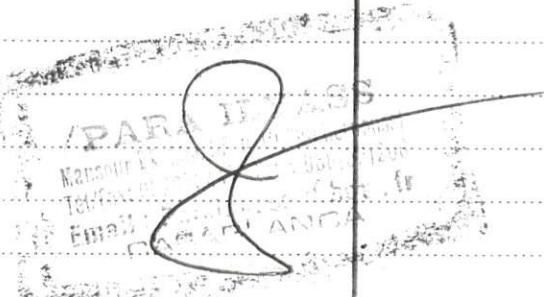
## **Ventes des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques**

**FACTURE N°** 105/19.

**CLIENT:**

**DATE :**

Réf.	Désignation	Quantité	Prix U T.T.C	Total T.T.C
	Comb. gau 1/83	1	180	180


  
 PARIS  
 MARSOUIN  
 10/10/2010  
 Email: [paris.marsouin@gmail.com](mailto:paris.marsouin@gmail.com)

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			800,-

**Arrêtée la présente facture à la somme de :**