

# 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.

## Diagnostique 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.

## 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.

## Prothèse dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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.



complémentaire

Déclaration de Maladie : N° P19- 0006944

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 67911

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : O. HAFSA M. M.

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0663581011

Total des frais engagés :

1293,20

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 : Casa

Le : 29 / 0 / 19

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVÉ 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

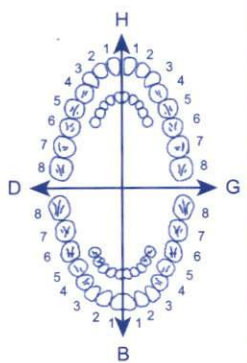
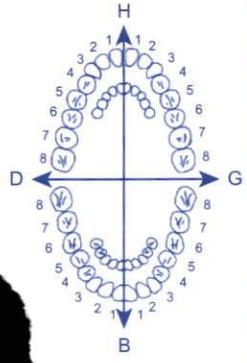
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'occlusion.

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> <b>B</b>            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b>            00000000            11433553         </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX		
<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS			
					DATE DU DEVIS	
				DATE DE L'EXECUTION		

ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



N° règlement : 2019520712

## DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Ste contractante : RENAULT COMMERCE

Soin du : 31/05/2019

Adhésion n° : 00000086

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Sinistre n° : 040.2019.10083533

Malade : Lui même

Déclaré le : 01/08/2019

Date décision : 05/08/2019

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Reçu le : 31/07/2019

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
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>
Dossier n° :			Règlement compagnie (Dhs)		<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 transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

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 len° A-A-101/2014

ATLANTA  
ASSURANCES

شركة التامين و إعادة التامين اطلانتا  
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 : 206 / 03 - 1

N° d'adhérent : 86

### A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

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

Prénom du patient (e) : TAARA

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

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

A : W. Sedmou 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 KHACHAT TAYEB

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

Nature de la maladie(\*): Agg. atrophie - HTA  
DSD - JPL

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.

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

Nature de la maladie<sup>(\*)</sup>: HTA - diabète - ATD

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	COTA- TION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDICINS TRAITANTS	32/05/2019				
PHARMACIE	31/05/2019		13	93,20	<p>DR. TOUABI DAKHCH Fatima</p> <p>405, Mansour III Av. H</p> <p>Sidi Bernoussi</p> <p>11.05.2019 14:22</p>
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX	31/05/2019			800	
OPTICIEN					

[illegible]

(Précisez impérativement s'il s'agit d'un devis ou d'une facture)

DEVIS

SCHEMA DENTAIRE

(à remplir SVP)

☐ EXÉCUTION

Etabli le :

Commencé le :

Terminé le :

SOINS

## PROTHESE ET ODF

## Cotation

Nature de la prothèse  
ou semestre de l'ODF

Coef.

Nature  
de l'acte

Dents  
traitées

Date \_\_\_\_\_

COUT GLOBAL DES SOINS

COUT GLOBAL DE LA PROTHESE OU DE L'ODF

DOI

Avis du médecin conseil de la Compagnie

Cachet et signature du praticien

AKHCH

GENERALE

Avenue (H) - Mansour 3

Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05

Tél. : 05 22.73.11.28

الدكتورة فتيحة توابي الضخش

الطب العام

405, شارع (H) منصور 3

سيدي البرنوصي - الدار البيضاء 05

الهاتف : 05 22. 73. 11.28

Casablanca, le : 24/07/2007

El 1<sup>er</sup> HANAFI - Mansour 3  
Mansour 3  
Sidi Bernoussi - Casablanca  
de Mansour 3  
à Mansour 3  
- Mansour 3  
Sidi Bernoussi  
Mansour 3  
Mansour 3

Dr. TOUABY FATHI  
405, Mansour III Av. P.  
Sidi Bernoussi

Docteur Fatiha TOUABI DAKHCH

MEDECINE GENERALE

405, Avenue (H) - Mansour 3

Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05

Tél : 05 22.73.11.28

الدكتورة فتيحة توابي الضخش

الطب العام

405, شارع (H) منصور 3

سيدي البرنوصي - الدار البيضاء 05

الهاتف : 05 22. 73. 11.28

Casablanca, le : 27/07/2019

الدار البيضاء في

El KHANAT TAMRA

Fenestek 2-8  
180,00

Auicorbin 100g  
46,90

vitonex 300  
28,80x3

32g  
581,00

Dr. TOUABI DAKHCH Fatiha  
405, Mansour III Av. H  
Sidi Bernoussi

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

Gel astringent vaginal

41920 L

program 50

for 200

8300

Conforelle

0.2

Dr. TOUABI DABALI Fatima  
405, Mansour III Av. H  
Sidi Bernoussi  
TEL: 05 22 22 22 22 - CASABLANCA

1022,80

1022,80  
1022,80  
1022,80  
1022,80  
1022,80



Docteur Fatiha TOUABI DAKHCH

MEDECINE GENERALE

405, Avenue (H) - Mansour 3

Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05

Tél. : 05 22.73.11.28

الدكتورة فتيحة توابي الضخش

الطب العام

405, شارع (H) منصور 3

سيدي البرنوصي - الدار البيضاء 05

الهاتف : 05 22. 73. 11.28

Casablanca, le : 24/07/2019

3001/2019

7- 12 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

BONNE CUIR 5

/ PARA ILYASS

MARSEILLE 11 - 13000 Sidi Bernoussi

TEL/FAX: 05 22 73 11 28

CAJ Email: P. DAKHCH@GMAIL.COM

CASABLANCA

~~Dr. TOUABI DAKHCH~~

~~405, Mansour H Av. H~~

~~Sidi Bernoussi~~

~~CASABLANCA~~

**FACTURE N°**

DATE :

PARA O  
MANSOUR  
TCH  
FIMB  
C. MANCA

300

Mansour Bloc 55 N 10 Sidi Bernoussi - Casablanca - **MAROC** - Tél/Fax : 05 22 73 44 73  
R.C: 360616 - PATENTE : 31642013 - C.N.S.S. : 7287479 - I.F: 52811269 - I.C.E : 00050032400005