

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.

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.

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.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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



complémentaire
Déclaration de Maladie
N° P19- 047283
ND: 28379

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Rehaile

Nom & Prénom : OUHAFA Med

Date de naissance : 1.1.1952

Adresse : lots les Figuiers n° 3 - Ain Sebba -

Tél. 06.65.10.33.02 Total des frais engagés 1437,90 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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-047283

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 6794

Nom de l'adhérent(e) : OUHAFA

Total des frais engagés : 1437,90 DHS

Date de dépôt : 11-6-20

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 وإعادة 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 : 204 / 031

N° d'adhérent : 86

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

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

Prénom du patient (e) : TAJRA

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

Montant des frais exposés (en DH) : 1437,90 DH

A : ESSOUHLE / / 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

Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de Dirhams
Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél.: 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14/16
C.N.S.S. 1090109 - I.F. 1085137 - R.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 001529660000034

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : El Khamat Tamer

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

Nature de la maladie (*) : Diabète ADJRLV

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	20-04-2020				<u>[Signature]</u>
PHARMACIE	01/04/2020			1037,90	<u>[Signature]</u> PAPA ILYASS Mansour III Av. H Sidi Bernoussi Tél : 022 73 22 56 - 57 Fax : 022 73 22 56 - 58 Email : PAPA.ILYASS@orange.fr
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MEDICAUX	10/04/20			300,9	<u>[Signature]</u> PAPA ILYASS Mansour III Av. H Sidi Bernoussi Tél : 022 73 22 56 - 57 Fax : 022 73 22 56 - 58 Email : PAPA.ILYASS@orange.fr
OPTICIEN					

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 : 20-04-2020 الدار البيضاء

[Signature]

[Signature]

PAPA ILYASS
Mansour III Av. H
Sidi Bernoussi
Tél/Fax : 022 73 22 56 - 57
Email : PAPA.ILYASS@orange.fr
CASABLANCA

Dr. TOUABI DAKHCH Fatiha
405, Mansour III Av. H
Sidi Bernoussi
Tél : 05 22 73 11 28
Fax : 05 22 73 11 29
Email : FATIHA.DAKHCH@orange.fr

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 20.04.2020

Handwritten notes and signatures, including dates like 64.7.5, 69.5, 79.6.12, 41.12, 79.90, and 1037.90, and various signatures.

Docteur Fatiha TOUABI DAKHCH
405, Avenue (H) - Mansour 3
Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05
Tél : 05 22.73.11.28

405 Mansour III Av. H
Sidi Bernoussi
CASABLANCA

FACTURE N° 4220

CLIENT:

ELKHAWAT JAHRA.

DATE :

10/4/20

Réf.	Désignation	Quantité	Prix U T.T.C	Total T.T.C
	Budell entipln (03)	2	150	300

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			820,

Arrêtée la présente facture à la somme de :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

om et prénom du patient (e) : EL ICHAMAT TANKA
 ge du patient (e) : _____ Date des soins : _____
 ature de la maladie (*) : Diabète
 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.

MEDECIN TRAITANT	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	16.03.2022			694.00	<i>[Signature]</i>
PHARMACIE	16/03/2022			694.00	<i>[Signature]</i>
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILAIRES MEDICAUX	20/03/2022			300.00	<i>[Signature]</i>
OPTICIEN					

Docteur Fatiha TOUABI DAKHCH

MEDECINE GENERALE

405, Avenue (H) - Mansour 3

Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05

Tél. : 05 22 73 11 28

Casablanca, le : 16.03.2022
 Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05

الدكتورة فتيحة توابي الضخش

الطب العام

405, شارع (H) منصور 3

سيدي البرنوصي - الدار البيضاء 05

الهاتف : 05 22. 73. 11. 28

EL ICHAMAT TANKA

58.00

45.16

40.10

26.40

694.00

16.03.2022

16.03.2022

16.03.2022

16.03.2022

16.03.2022

16.03.2022

16.03.2022

16.03.2022

SEFRIOU KHAYATEY
 Docteur en Pharmacie
 405, Avenue (H) - Mansour 3
 Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05
 Tél. : 05 22 73 11 28

Dr. Fatiha TOUABI DAKHCH
 405, Avenue (H) - Mansour 3
 Sidi Bernoussi - CASABLANCA 05
 Tél. : 05 22 73 11 28

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 l'en° A-A-101/2014

ATLANTA
ASSURANCES

شركة التامين وإعادة 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 :

N° d'adhérent : 86

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : ELKHOYAT TANRA

Prénom du patient (e) : TANRA

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

Montant des frais exposés (en DH) : 10 90, DHS

A : Casablanca le / / 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

Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de Dirhams
Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél.: 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14/1
C.N.S.S. 1090109 - I.F. 1085137 - R.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 00152966000003

réf : 14/0102/V0506



PARA ILYASS

Ventes des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

FACTURE N° 37/20

CLIENT:

PARA-CLASS
Mansour II B
DATE: 05/03/12

Réf.	Désignation	Quantité	Prix U T.T.C	Total T.T.C
	Bushnell catyph (57)	2	100	200

PARA ILYAS
Ventes des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

PARA ILYAS
Marsour
Tél/Fax
Email

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			300

Arrêtée la présente facture à la somme de :

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 : 16-3-2007

El KHANAT TARKA
Sidi Bernoussi

300, 07

Bonsoir

PARA II 055
Sidi Bernoussi
Tél : 05 22 73 11 28

Dr. TOUABI DAKHCH Fatiha
405, Mansour III Av. H
Sidi Bernoussi
Tél : 05 22 73 11 28

N° règlement : 2020027382

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Ste contractante : RENAULT COMMERCE

Soin du : 10/04/2020

Adhésion n° : 00000086

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Sinistre n° : 040.2020.00135943

Malade : Lui même

Déclaré le : 29/04/2020

Date décision : 30/04/2020

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Reçu le : 27/04/2020

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
PARAPHARMACIE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
Pharmacie	1 037.90	0.00	1 037.90	80.00	830.32
CONSULTATION DE GENERALISTE	100.00	0.00	100.00	80.00	80.00
Totaux	1 437.90	0.00	1 437.90		1 150.32
Dossier n° : Règlement compagnie (Dhs)					1 150.32

Dossier n° :

Règlement compagnie (Dhs)

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)