



CONVENTION GROUPE

DECLAR

(à utilis



S_D_202256308-1-4

DIE

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, reeducation ... 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 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 CNDP sous le n° A-A-101/2014

A remplir par la contractante

Form fields for contractant: Numéro d'adhésion, Date de Dépôt du dossier, Numéro de bordereau, Matricule de l'assuré, N° de police / N° de filiale, Numéro de Sinistre. Includes stamp: SOMACA DRH Service Médico-Social.

A remplir par l'assuré

Form fields for insured: Nom et prénom de l'assuré, N° CIN, Nom et prénom du malade, Lien de parenté, Date des soins, Signature de l'assuré, Montant des frais exposés.

Cadre réservé à Atlantasanad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Form fields for declaration: Nom de l'assuré, Matricule, CIN, N° de police / N° de filiale, Numéro d'adhésion, Frais exposés, Date de dépôt, N° de sinistre, Numéro de bordereau, Date des soins.



Le malade Noura zahira Age 13 Ans
 Nature de la maladie soin de l'her
 En cas d'Accident (Causes et Circonstances) _____

DETAIL DES SOINS

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION				EXECUTION DES ORDONNANCES			
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'Et. hospitalier	Dates	Montant	Cachet du Pharmacien	
				31/10/22	40		
				11/11/22	62		
				ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
				Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien
				ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX			
				Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

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

<input type="radio"/> DEVIS Etabli le _____	<input checked="" type="radio"/> TRAITEMENT Commencé le <u>11/11/22</u> Terminé le <u>18/11/22</u>				
SOINS			PROTHESE		
Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient		
<u>02/11/22</u>	<u>[11]</u>	<u>exo</u>	<u>D10x</u>	Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction EXO : <u>10/12/13/14/16</u> <u>17/20/22/23/25/27</u> D15	
	<u>[12]</u>	<u>exo</u>	<u>1p</u>		
	<u>[13]</u>	<u>exo</u>	<u>= D14</u>		
	<u>[14]</u>	<u>exo</u>			
<u>05/11/22</u>	<u>[15]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[16]</u>	<u>exo</u>			
<u>07/11/22</u>	<u>[17]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[18]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[19]</u>	<u>exo</u>			
<u>09/11/22</u>	<u>[20]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[21]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[22]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[23]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[24]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[25]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[26]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[27]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[28]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[29]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[30]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[31]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[32]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[33]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[34]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[35]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[36]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[37]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[38]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[39]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[40]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[41]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[42]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[43]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[44]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[45]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[46]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[47]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[48]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[49]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[50]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[51]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[52]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[53]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[54]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[55]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[56]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[57]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[58]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[59]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[60]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[61]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[62]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[63]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[64]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[65]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[66]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[67]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[68]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[69]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[70]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[71]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[72]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[73]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[74]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[75]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[76]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[77]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[78]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[79]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[80]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[81]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[82]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[83]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[84]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[85]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[86]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[87]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[88]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[89]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[90]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[91]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[92]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[93]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[94]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[95]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[96]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[97]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[98]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[99]</u>	<u>exo</u>			
	<u>[100]</u>	<u>exo</u>			

Partie réservée au contrôle

Montant des soins
 DH 2800 DHST

Montant de la prothèse
 DH _____

Cachet et Signature du praticien (s'il s'agit d'un devis)

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





Dr. MOHAMED BOURJDAL

Diplôme de la faculté de médecine
dentaire Casablanca
Ex. Attaché au centre de consultation et de traitement
dentaire Casablanca

الدكتور محمد بورجدال

خريج كلية طب الأسنان بالدار البيضاء
طبيب سابق بمركز فحص و علاج الأسنان ابن رشد بالدار البيضاء
و اختصاصي في تقويم اعوجاج الأسنان

تقويم - زراعة - علاج - تبيض - تركيب - أشعة

Orthodontie - Implantologie - Soins - Esthétique - Prothèse - Radiologie

11/11/22

نينا زعلية

22,201 - تقويم 

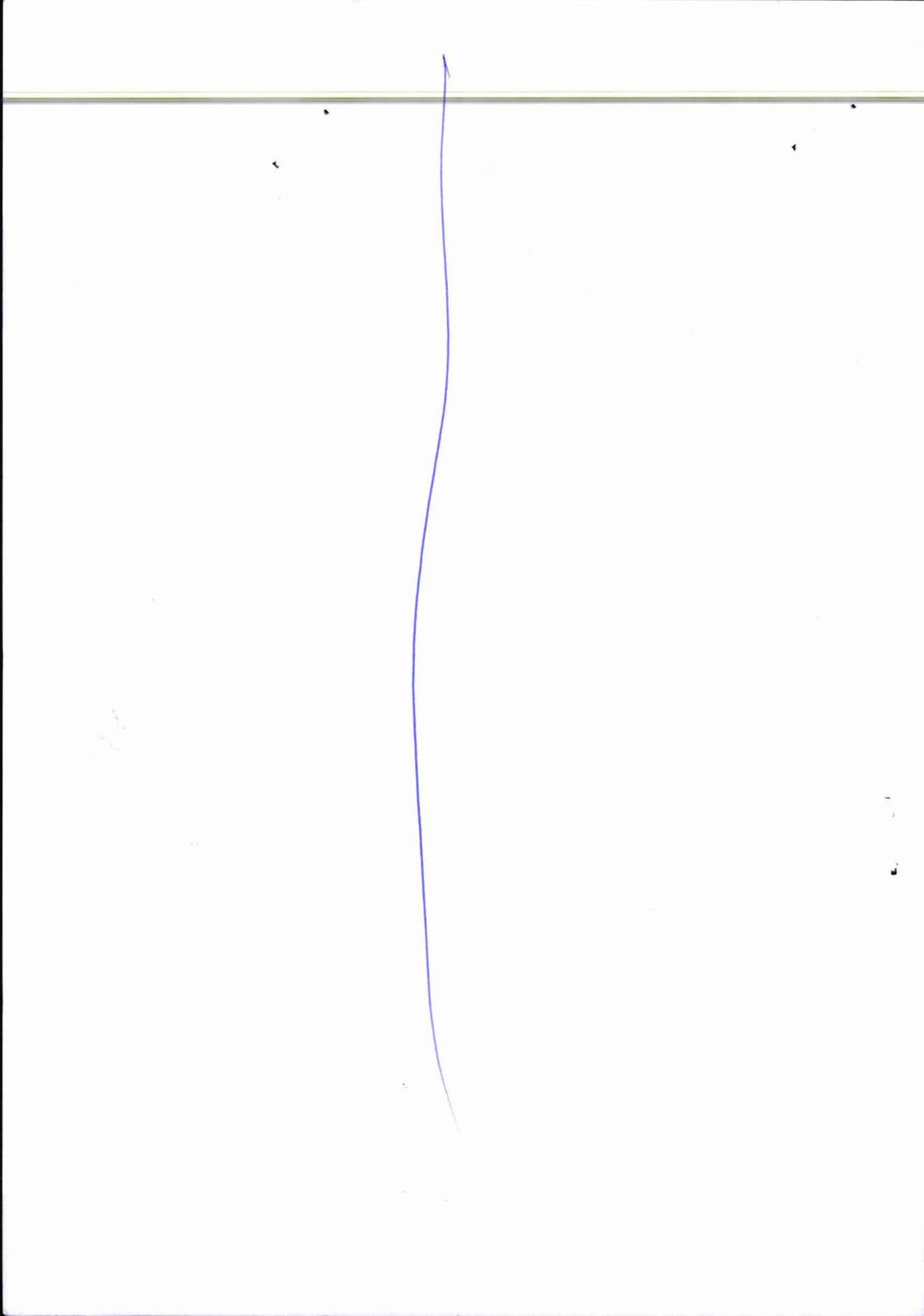
تقويم 1 - تقويم

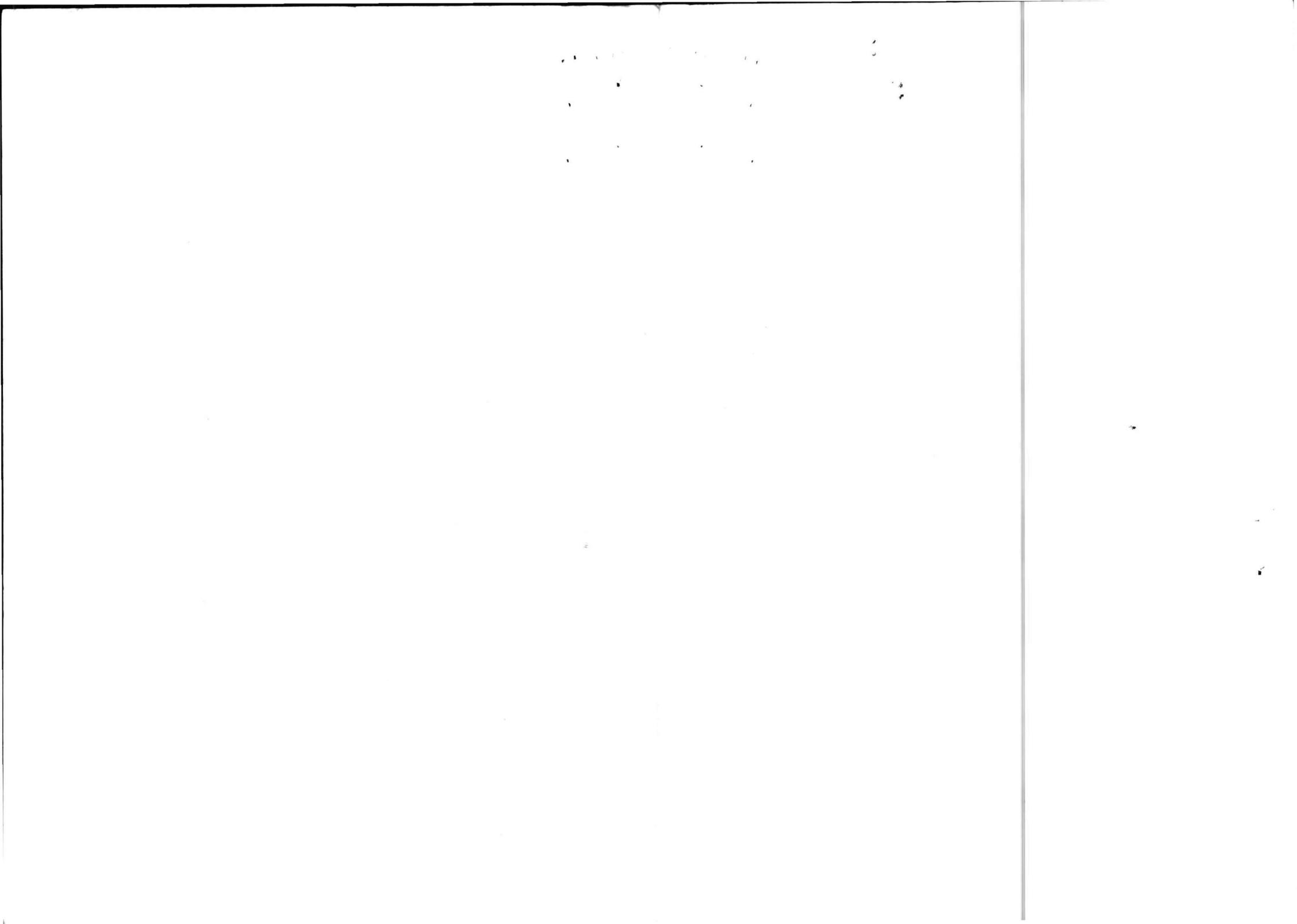
22,202 - تقويم 

تقويم 2 - تقويم

PHARMACIE TAMMY
DR. HASSAN EL HACHAMI
Rés. Al Marzah Im. N° 2, Challek
Ain Harouda, Mohammédia
Tél: 0522 11 13 29

DR. BOURDAL Mohamed
Chirurgien Dentiste
Lot: El Marzouq ter Harouda Apt. 4
Challek Ain Harouda
Tél: 0522 11 13 29



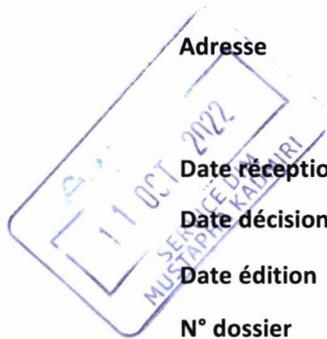




DÉPARTEMENT GROUPE
SERVICE SINISTRES MALADIE

LETTRE ACCORD DENTAIRE

N° police	: 004.2019.00000131	Intermédiaire	: 072 - ASSURANCE AFMA
Filiale	: 00 - SOMACA		
N° adhérent	: 00120454	Adresse	: KM12 AUTOROUTE DE BABAT - CASABLANCA
Adhérent	: 00120454 - ZERAIDI AZIZ		
Malade	: C02 - ZAHIRI NOURA	Date réception	: 29/09/2022
N° sinistre	: 040.2022.00614940	Date décision	: 05/10/2022
Frais engagés	: 2 800.00 Dhs	Date édition	: 06/10/2022
Date survenance	: 22/09/2022	N° dossier	:
Nature des Soins	: K00-K14 : Maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires		
Réf. Etat	: nebbah		



Madame/Monsieur,

Nous soussignés, AtlantaSanad Assurance dont le siège social est à Casablanca - 181, boulevard d'Anfa.

La présente attestation, établie sur la base du devis du **22/09/2022**, est délivrée à l'intéressé(e) sur sa demande pour permettre le recouvrement, auprès de notre compagnie, de **80.00 %** des frais engagés jusqu'à concurrence d'un montant de **2 240.00 Dhs (DEUX MILLE DEUX CENT QUARANTE DIRHAMS)**.

Ci-dessous le détail de l'accord :

Prothèse dentaire (Dhs)	ODF (Dhs)	Soin dentaire (Dhs)	Parodontie (Dhs)
0.00	0.00	2 240.00	0.00

POUR LA COMPAGNIE

N.B. :CMM

NB : Cette attestation est valable pour une durée de 3 mois.

La facture accompagnée de l'originale de la présente doivent être envoyées 30 jours au plus tard à compter de la date de l'exécution des soins.