

## 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 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

M22- 0040765

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6042

Société : 132632

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENASERRA IK KARIMA

Date de naissance : 29-11-60

Adresse :

Tél. : 06 61 100848

Total des frais engagés : 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 :

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 : CASABLANCA

Le : / /

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.

**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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

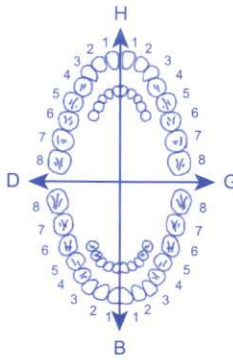
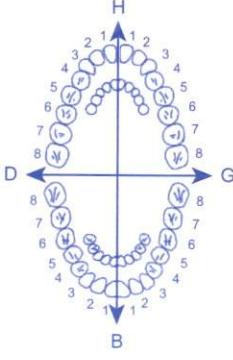
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>            25533412            00000000            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000            00000000            11433553  <b>G</b> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;">B</div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 30px;"></div> </div>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

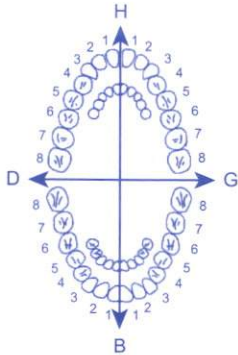
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 caninaires, ainsi que le bilan de l'ODF.*

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>	

**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H		
	25533412		21433552	
	00000000		00000000	
D				G
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
		B		

**(Création, remont, adjonction)**  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>D</b>  00000000  35533411 </div> <div> <b>G</b>  00000000  11433553 </div> </div>	
	<b>B</b>	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Indispensable d'établir une déclaration  
maladie et par maladie.

Il est vivement recommandé à l'adhérent  
de fournir une photocopie de ses dossiers  
avant leur envoi à la Compagnie  
d'assurance.

La déclaration maladie doit être **entièrement**  
**remplie** et doit être accom-  
pagnée de toutes les pièces justificatives des  
soins :  
- Rapport médical,  
- Aspectus & vignettes ou PPV des  
examens,  
- Prescriptions prescrivant les examens  
cliniques et/ou biologiques ainsi que  
les résultats.

En cas d'hospitalisation, la facture clinique  
mentionnant la nature et éventuelle  
cotation des actes pratiqués accom-  
pagnée des notes d'honoraires, du détail de la  
facture, des factures annexes ... etc.

En cas de soins ou de prothèse dentaires, le  
détail des actes pratiqués, leur coeffi-  
cient, les numéros et positions des  
dents.

En cas de dossier de lunettes, l'ordonnance  
portant les lunettes précisant le degré de  
la vision et la facture de l'opticien renseignée  
avec les numéros de nomenclature des verres.

En cas de demande de prise en charge, faire  
connaître le devis d'hospitalisation d'un pli  
indiquant ladite hospitalisation et  
les soins et traitement envisagés ainsi  
que l'examen de diagnostic.

En cas de soins soumis à l'accord préalable de la  
Compagnie : la prothèse dentaire, les extrac-  
tions multiples de plus de 8 dents, les soins  
(laser ... etc.) et les soins en série  
(orthodontie ... etc.).

En cas de la personne malade bénéficiant  
du régime de prévoyance, l'assuré  
doit remettre à la Compagnie l'original du  
certificat de remboursement délivré par

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 présenta-  
tion chaque année d'un certificat de scolarité.

9 Le délai de dépôt de toute demande de  
remboursement (déclaration maladie, complé-  
ment ou acte de naissance ... etc.) est de 3  
mois à compter de la date de la 1ère consulta-  
tion, 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 intentionnel-  
lement 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 presta-  
tions).

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.



AtlantaSanad  
ASSURANCE



AS0001806405/20

CONVENTION GROUPE

## DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion

AtlantaSanad

Date de

Dépôt du dossier

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

Cachet Contractante

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)

N° CIN

LAOU FIR SIF-EDDINE

19842

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

LAOU FIR SIF-EDDINE

lui-même

Date des soins

12.10.2022

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

357,60 DH

Cadre réservé à AtlantaSanad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré :

Matricule :

CIN :

NOM et Prénom du malade : LAOUFI SIF EDDINE Age : 18 Ans  
 Nature de la maladie : lombosciatalgie  
 En cas d'Accident (Causes et Circonstances) : 51e 4

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
12.10.22		300,00		12/10/22	57,60	
				ANALYSES - RADIOGRAPHIES		
Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien			
				ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX		
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien			



# CABINET DE NEUROCHIRURGIE ADULTES ET ENFANTS

Professeur Ali OUBOUKHLIK  
NEUROCHIRURGIEN

البروفيسور علي أبو خليق  
جراحة الدماغ والعمود الفقري

Casablanca, le : 12.10.22

Laoufi Sif. Eddine

28,80 x 2  
Vitacord cut

57,60  
129 x 31 x 21



PHARMACIE ALI OUBOUKHLIK  
Dr. Ahmed CHAFRY  
Casablanca  
Hay Raha Rue Beaudouin  
N°51 Bis  
Tél: 05 22 86 21 30



N° règlement : 2022135033

## DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° CIN : A9842

Contrat n° : 004.1997.00000095-02

Ste contractante : ATLANTASANAD CADRES RETRAITES

Adhésion n° : 00001041

Adhérent(e) : LAOUFIR SIF-EDDINE

Soin du : 12/10/2022

Malade : Lui même

Déclaré le : 19/10/2022

Sinistre n° : 040.2022.00661406

Numéro RIB :

Date décision : 24/10/2022

Reçu le : 19/10/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	57.60	0.00	57.60	90.00	51.84
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	90.00	270.00
Totaux	357.60	0.00	357.60		321.84
Règlement compagnie (Dhs)					321.84

Dossier n° :

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)