

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 canalaires, 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 canalaires.

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

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 073291

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8057 Société : 146664
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Elodie Chahadi Abdelali
Date de naissance : 1/1/1985
Adresse : Lot 1099 rue II
Tél. : 06 61 32 20 25 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Cony Jemant

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENSOUDE Amina 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 : 26/1/23 Le : / /

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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, reéducation ... 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

Numéro d'adhésion

AtlantaSanad

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

Date de
Dépôt du dossier

Cachet Contractant

A remplir par l'assuré

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

N° CIN

Nom et prénom du malade

Date des soins

Montant des frais exposés

Lien de

Signature de l'assuré

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 :

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés : dh

Date de dépôt : / /

N° de sinistre :

Numéro de bordereau : Date des soins :

(si ouverture par système)



AS00002937

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	Montant	Cachet du Pharmacie
				223.80	
				ANALYSES - RADIOGRAPHIE	
Dates	Coefficients	Montant			
17/12/2022	22				
				ACTES MEDICAUX OU PARAMED	
Dates	Désignations	Montant			

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

<p>Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.</p>	<input checked="" type="radio"/> DEVIS Etabli le 17/12/2022		<input type="radio"/> TRAITEMENT Commencé le Terminé le	
	SOINS			PROTHESE
	Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient
15/12/2022		ul	24	PAP hat 15.16.17 - 245
Partie réservée au contrôle		Montant des soins DH 200 m	Montant de la prothèse DH 2500 m	
Cachet et Signature du praticien (s'il s'agit d'un devis)		Cachet et Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins (et/ou de la prothèse)		

Docteur TAZI
 CHIRURGIEN DENTISTE
 2, Rue F. M. Guedj - CASA
 2022 27 64 66 105 22 27 69 12

Docteur Amina Tazi

CHIRURGIEN DENTISTE

Ex Médecin Chef CDM

DU ENDODONTIE

CETO ORTHODONTIE

DU ESTHETIQUE

70, Rue Félix & Max Guedj

(Rue du Cinéma Opera) - Casablanca

Tél.: 05 22 27 64 66

المكتبة أمينة التازي

طبيبة جراحة للأسنان

70، زنقة فيليكس و ماكس كيدج

(زنقة فيليكس و ماكس كيدج)

الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 27 64 66

PHARMACIE LAIMOUNE
466, Lot. Alaymoune Lissasfa
Casablanca - Tél.: 05 22 90 94 94

Casablanca, le 13/02/2022 في الدار البيضاء،

M. Amine Boudoula

58100

Armico.

ARNICA GEL
LOT: CKX77
EXP: 10/2025
PPC: 58.00DH

103.60

clawoxy

EFFIPRED 20 mg
PPU 400000
EXP 08/2025
LOT 24015 5

40.00

effepred

PPV: 22DH20
PER: 04/24
LOT: L1650

34 u Insul prise lent
22.20 - Co-sialylin

PPV: 103,60 DH
LOT: 550098
PER: 06/24

Docteur Amina Tazi

CHIRURGIEN DENTISTE

Ex Médecin Chef CDM

DU ENDODONTIE

CETO ORTHODONTIE

DU ESTHETIQUE

70, Rue Félix & Max Guedj

(Rue du Cinéma Opera) - Casablanca

Tél.: 05 22 27 64 66

المكتورة أمينة التازي

طبيبة جراحية للأسنان

70 ، زنقة فيليكس و ماكس كيدج

(زنقة فيليكس و ماكس كيدج)

الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 27 64 66

Casablanca, le

Docteur Amina Tazi
CHIRURGIEN DENTISTE
70, Rue Félix & Max Guedj - CASA
Tél.: 05 22 27 64 66

N° - Belhanda Amina

fait en RS par OPT

Centre de Radiologie El Oufia
Bd. Oum Rabi - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tél.: 05 22 93 04 93

Docteur Fatiha LASRI
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

Dr Bouchaïb EL MDARI
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 17/12/2022

PATIENT : **BENSOUDA AMINA**
MEDECIN TRAITANT : **DR. TAZI Amina**
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX. PANORAMIQUE**

- Dentition incomplète.
- Caries dentaires.
- Intégrité des canaux mandibulaires.
- Absence de lyse ou de condensation osseuse.
- Les ATM sont d'aspect normal.

**Confraternellement
DR LASRI FATIHA**

I.S

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tel : 05 22 93 04 93

Docteur LASRI Fatiha
Médecin Radiologue

CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 17/12/2022

FACTURE N°12373/2022

NOM & PRENOM: BENSOUDA AMINA

EXAMEN	MONTANT
RX. PANORAMIQUE	200 DH
TOTAL	200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :DEUX CENTS DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabi - Rue 50 - N°2 - 20220 Casablanca
Tél : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 - Fax 0522 93 563
Capital: 100 000, 00
Dhs - RC: SCP - TP: 37989156 - IF: 4049398 - ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-oulfa@.com

Docteur LASRI Fatiha
Médecin Radiologue

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-oulfa@.com



AtlantaSanad
ASSURANCE

N° règlement : 2023014938

DECOMPTÉ DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2021.00000076-10

Ste contractante : BRICOMA AGADIR "RETRAITE"

Adhésion n° : 00000565

Adhérent(e) : BENSOU DA AMINA

Soin du : 17/12/2022

Malade : Lui même

Déclaré le : 04/01/2023

Sinistre n° : 040.2022.00875429

Numéro RIB :

Date décision : 05/01/2023

Reçu le : 02/01/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*1) Pharmacie	223.80	58.00	165.80	85.00	140.93
RADIOLOGIE	200.00	0.00	200.00	85.00	170.00
SOINS DENTAIRE	200.00	0.00	200.00	85.00	170.00
Totaux	623.80	58.00	565.80		480.93
Dossier n° :				Règlement compagnie (Dhs)	480.93

Observation(s) :

(*1) ARNICA: NON REMBOURSABLE

Signature Adhérent(e)