

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0040775

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Complément

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6042

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN ABDERRAZIK KARIMA

Date de naissance : 29-11-60

Adresse :

Tél : 06 61 100 848

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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

[illegible][illegible]

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

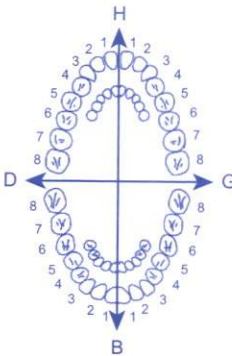
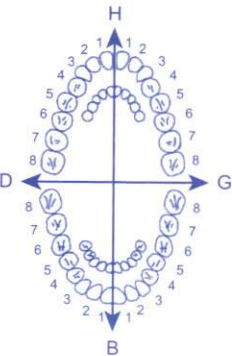
[illegible]

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><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AtlantaSanad
ASSURANCE



AS0001413730/20

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

Cachet Contractante

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

A remplir par l'assuré

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

LAOUFIR SIF EDDINE

N° CIN

A9842

Nom et prénom du malade

LAOUFIR SIF EDDINE

Lien de parenté

Date des soins

04.02.2023

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

1971,00

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 :

RECOMMANDATIONS GENERALES

POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Indispensable d'établir une déclaration de maladie et par maladie.

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

La déclaration maladie doit être entièrement remplie et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des soins :

Ordonnance médicale, Spectus & vignettes ou PPV des examens, Connaissances prescrites les examens physiques et/ou biologiques ainsi que les résultats,

Facture d'hospitalisation, la facture clinique mentionnant la nature et éventuelle cotation des actes pratiqués accompagnés des notes d'honoraires, du détail de la facture, des factures annexes ... etc.

Facture de soins ou de prothèse dentaires, le détail des actes pratiqués, leur coefficient, les numéros et positions des dents.

Le dossier de lunettes, l'ordonnance mentionnant 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 parvenir le devis d'hospitalisation d'un pli cacheté justifiant ladite hospitalisation et les soins et traitement envisagés ainsi que l'examen de diagnostic.

En cas de demande de prise en charge préalable de la prothèse dentaire, les extraits de plus de 8 dents, les soins (laser ... etc.) et les soins en série (éducation ... etc.).

En cas de la personne malade bénéficiaire du régime de prévoyance, l'assuré doit remettre à la Compagnie l'original du document 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 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.

A. REMPLI PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade LAOUFI Abdelmalek Age : 58 Ans
 Nature de la maladie Dysurie
 En cas d'Accident (Causes et Circonstances) _____

DETAIL DES SOINS

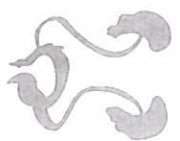
CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION			
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'Et. hospitalier
04.02	AS	300,-	
2023	Echographie	450,-	
	Biodechographie		
	Echographie	400,-	
	Urologie		
	Urologie		

EXECUTION DES ORDONNANCES			
Dates	Montant	Cachet du Pharmacien	
04/02/23	206,05,-		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien
04.02.2023	300	611,10,-	
ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX			
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien

Docteur Saâd BENNIS
 Diplômé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Chirurgien Urologue

Chirurgie et exploration endoscopique
 des reins et des voies génito-urinaires
 Lithotritie extracorporelle - Echographie
 Impuissance - Circoncision



عبد بنيس
 مستشفى تولوز بفرنسا

جراحة الكلى
 الحصى والتشنج
 بدون جراحة
 ج. المختارة
 بالصدى

Casablanca, le 04.02.2023
 الدار البيضاء، في

Laoufi Hte

Prostatectomie 1/1 Le uro

58.00 J'Indo 50 1 et x2 1/1



5. 206/00

PHARMACIE HIBA

A. Ahmed CHARRY
 14, Raba Rue Banafsaie
 95, 015 Beauséjour Casa
 Tél: 05 22 94 99 34

Docteur Saâd BENNIS
 CHIRURGIEN UROLOGUE
 Tél: 05 22 94 99 34
 Tél: 0016 47703

N° règlement : 2023030222

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° CIN : A9842

Contrat n° : 004.1997.000000095-02

Ste contractante : ATLANTASANAD CADRES RETRAITES

Adhésion n° : 00001041

Adhérent(e) : LAOUFIR SIF-EDDINE

Soin du : 04/02/2023

Malade : Lui même

Déclaré le : 08/02/2023

Sinistre n° : 040.2023.00039366

Numéro RIB :

Date décision : 13/02/2023

Reçu le : 08/02/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) /Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	90.00	270.00
Pharmacie	206.00	0.00	206.00	90.00	185.40
BIOLOGIE MEDICALE	615.00	0.00	615.00	90.00	553.50
RADIOLOGIE	400.00	0.00	400.00	90.00	360.00
RADIOLOGIE	450.00	0.00	450.00	90.00	405.00
Totaux	1 971.00	0.00	1 971.00		1 773.90
Dossier n° : Règlement compagnie (Dhs)					1 773.90

Dossier n° :

Règlement compagnie (Dhs)

1 773.90

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)