

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.

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 ICARIMA

Date de naissance : 29-11-90

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 :

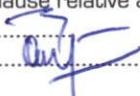
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

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.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODE.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				Coefficient des travaux <input type="text"/>										
				Montants des soins <input type="text"/>										
				Début d'exécution <input type="text"/>										
				Fin d'exécution <input type="text"/>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td colspan="2">-----</td></tr> <tr> <td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr> <td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	-----		00000000	00000000	35533411	11433553
25533412	21433552													
00000000	00000000													

00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>													
	<p>Date du devis <input type="text"/></p>													
	<p>Date de l'exécution <input type="text"/></p>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

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

Indispensable d'établir une déclaration
une et par maladie.

ivement recommandé à l'adhérent
r une photocopie de ses dossiers
avant leur envoi à la Compagnie
boursement.

ation maladie doit être entièrement
remplie et doit être accom-
e toutes les pièces justificatives des
gés :

rance médicale,
spectus & vignettes ou PPV des
nents,
onnances prescrivant les examens
ques et/ou biologiques ainsi que
létats,

d'hospitalisation, la facture clinique
mentionnant la nature et éventuelle-
cation des actes pratiqués accom-
les notes d'honoraires, du détail de la
e, des factures annexes ... etc.

de soins ou de prothèse dentaires, le
taillé des actes pratiqués, leur coeffi-
si que les numéros et positions des
tées.

de dossier de lunettes, l'ordonnance
nt les lunettes précisant le degré de
et la facture de l'opticien renseignée
mérios de nomenclature des verres .

de demande de prise en charge, faire
er le devis d'hospitalisation d'un pli
el justifiant ladite hospitalisation et
les soins et traitement envisagés ainsi
ut examen de diagnostic.

oumis à l'accord préalable de la
ie : la prothèse dentaire, les extra-
ctopiles de plus de 8 dents, les soins
(laser ... etc.) et les soins en série
, reéducation ... etc.).

e la personne malade bénéfice
e régime de prévoyance, l'assuré
nettre à la Compagnie l'original du
e 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 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 remplir par la contractante

Numéro d'adhésion
AtlantaSanad

Date de
Dépôt du dossier

Cachet Contractante

Numéro de bordereau

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)

LAOUFI SIF EDDINE

N° CIN

A9842

Lien de parenté

Nom et prénom du malade

LAOUFI SIF EDDINE

Date des soins

01.02.2023

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

1971,00

Code de l'assuré 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

Nature de la maladie

En cas d'Accident (Causes et Circonstances)

A. REMPLIÉ PAR LE MÉDECIN

Age :

Ans

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION

Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'Et. hospitalier
04/02/2023	Ch. 300,-		
	- Echographie 450,-		
	Reprise de l'antécédent		
	- Echographie 400,-		
	Reprise de l'antécédent		

EXECUTION DES ORDONNANCES

Dates	Montant	Cachet du Pharmacien
24/09	26,00	26,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien
04.02.2012	677,00		X

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

Lithotriptie extracorporelle - Echographie

Casablanca, Le 04.02.2023

للمدار البيضاوي، في ..

جل. الأختان
يا صدی

حدل بلديي
سيستشي تولوز بفرنسا

PHARMACIE HIBA
Dr Ahmed CHAARY
Sfax

~~Yak Raya Rue Bana Sale
815 Beausejour Casablanca
Tel: 05 22 94 99 34~~

N° règlement : 2023030222

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 : 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

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)