

## 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

- 0 Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- 0 Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- 0 Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0050365

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08055 Société : 159849

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : Filali Chahar Abdelali

Date de naissance : 1/1/49

Adresse : .....

Tél. : 061322025 Total des frais engagés : 3750 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Camy Lemer*

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... 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 : ..... Le : ...../...../.....

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ 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

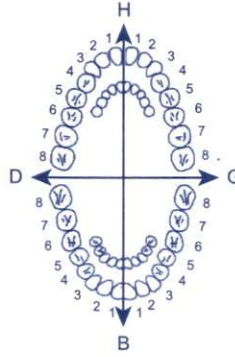
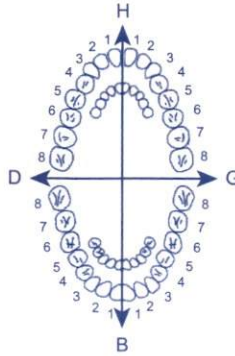
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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		
				COEFFICIENT 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412 21433552              00000000 00000000              D ————— G              00000000 00000000              35533411 11433553              B           </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412 21433552              00000000 00000000              D ————— G              00000000 00000000              35533411 11433553              B           </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
DATE DU DEVIS				<input type="text"/>	
DATE DE L'EXECUTION				<input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER LES REJETS

est indispensable d'établir une déclaration  
personne et par maladie.

est vivement recommandé à l'adhérent  
garder une photocopie de ses dossiers  
maladie avant leur envoi à la Compagnie  
remboursement.

déclaration maladie doit être entièrement  
correctement remplie et doit être accom-  
pagnée de toutes les pièces justificatives des  
engagés :

ordonnance médicale,

prospectus & vignettes ou PPV des  
médicaments,

ordonnances prescrivant les examens  
diagnostiques et/ou biologiques ainsi que  
leurs résultats,

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

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

cas de dossier de lunettes, l'ordonnance  
prescrivant les lunettes précisant le degré de  
myopie et la facture de l'opticien renseignée  
des numéros de nomenclature des verres.

cas de demande de prise en charge, faire  
accompagner le devis d'hospitalisation d'un pli  
identifiant justifiant ladite hospitalisation et  
accompagnant les soins et traitement envisagés ainsi  
que tout examen de diagnostic.

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

orsque la personne malade bénéficie  
d'un autre régime de prévoyance, l'assuré  
doit remettre à la Compagnie l'original du  
compte de remboursement délivré par  
le régime assureur de base et la photo-  
copie 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 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 1<sup>ère</sup> 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.  
Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le n° A-A-101/2014

## DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion

Atana-Sana

Date de  
Dépôt du dossier

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Numéro de sinistre

(si ouverture par aggrégation)

Cachet Contractante

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré ou de son représentant

N° CIN

BENSOUDA M. NA.

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

N

M. M.

Date des soins

03/23

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

Cadre réservé à l'Assureur

Cachet de la Cellule Assurés

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré :

CIN :

N° de police / N° de filiale :

Frais exposés : dh

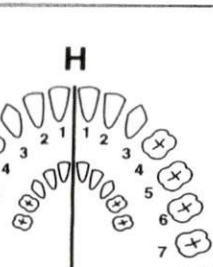
N° de sinistre :

Date des soins :



En cas d'Accident (Causes et Circonstances)-

[illegible]



**H**

**B**

**G**

<input type="radio"/> DEVIS Etabli le .....				<input type="radio"/> TRAITEMENT Commencé le ..... Terminé le .....	
S O I N S				P R O T H E S E	
Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction	

réservée au contrôle

Montant des soins  
DH

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

DÉPARTEMENT GROUPE  
SERVICE SINISTRES MALADIE

## ACCORD PREALABLE

N° police	: 004.2021.00000076	Intermédiaire	: 320 - DEFASSUR
Filiale	: 10 - BRICOMA AGADIR "RETRAITE"		
Adhérent	: 00000565 - BENSOUDA AMINA	Adresse	: 79, BOULEVARD IBN TACHFINE - CASABLANCA
Malade	: Lui même		
N° sinistre	: 040.2023.00024844	Date décision	: 01/02/2023
Frais engagés	: 3 750.00 Dhs	Date édition	: 01/02/2023
Date survenance	: 30/01/2023	Réf. Etat	: o.ghafir
		N° dossier	:

**Madame/Monsieur,**

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

La présente attestation, établie sur la base du devis du **30/01/2023**, est délivrée à l'intéressé(e) sur sa demande pour permettre le recouvrement, auprès de notre compagnie, **85.00 %** des frais engagés jusqu'à concurrence d'un montant de : **1 912.50 Dhs (MILLE NEUF CENT DOUZE DIRHAMS ET CINQUANTE CENTIMES)** pour les soins, sur présentation des pièces justificatives.

Fait à Casablanca, le 01/02/2023

POUR LA COMPAGNIE

 AtlantaSanad  
181, Boulevard d'Anta - CASABLANCA

N.B. :

N.B. :

- \* Le présent accord est à joindre à la facture définitive.
- \* S'agissant d'un devis, le règlement se fera après présentation d'une facture acquitté(e) et soumission de l'intéressé(e) à une contre visite éventuelle.
- \* Pour que cet accord soit valable, les soins doivent être entamés dans un délai maximum de trois mois.



- Physiothérapie
- Rééducation fonctionnelle
- Gymnastique médicale
- Kinoplastie

Diplômée de la Fac. de Médecine de Montpellier  
Conseillère en Nutrition et en Aromathérapie  
Enseignante à la Faculté des Sciences de  
la santé de l'Université Mundiapolis

Casablanca, le 08/03/2023

## Note d'honoraires N° 6

Pour une série de 15 (quinze) Séances de Physiothérapie

Pour Monsieur Laacheville  
S.S. n°

Au prix de 250 DH x 15 = 3750 DH

Adressé à M. Laacheville

Sur ordonnance du Dr. Issa Guerrouj

Arrêtée la présente note à la somme de  
Trois mille sept cent cinquante Dirhams

Avec mes remerciements,  
Wafaa HATTAB

ICE N° : 00276700000037

*[Signature]*

EFASSUR

BOULEVARD IBN TACHFINE -  
LANCA

/2023

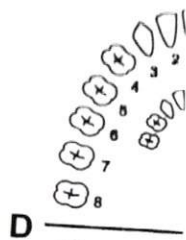
/2023

fir

Casablanca - 181, boulevard

délivrée à l'intéressé(e)  
à l'initiative de la Compagnie, 85.00 % des frais  
**LE NEUF CENT DOUZE**  
des pièces justificatives.

Casablanca, le 01/02/2023  
POUR LA COMPAGNIE



- Physiothérapie
- Rééducation fonctionnelle
- Gymnastique médicale
- Kinéplastie

Diplômée de la Fac. de Médecine de Montpellier  
Conseillère en Nutrition et en Aromathérapie  
Enseignante à la Faculté des Sciences de  
la santé de l'Université Mundiapolis

Casablanca, le 08/03/2023

carte d'assurance pour  
Mme Braouda Amina

- |               |              |
|---------------|--------------|
| 1. 03/02/2023 | 8. 20/02/23  |
| 2. 06/02/23   | 9. 22/02/23  |
| 3. 08/02/23   | 10. 24/02/23 |
| 4. 10/02/23   | 11. 27/02/23 |
| 5. 13/02/23   | 12. 01/03/23 |
| 6. 15/02/23   | 13. 03/03/23 |
| 7. 17/02/23   | 14. 06/03/23 |
|               | 15. 08/03/23 |

*[Signature]*

56, Résidence Al Aoum, Appt. N°3 RDC, Gynmer, Hay El Mattar, Oasis - Casablanca  
Tél.: 05 22 25 42 08 - Urg. 066 4 68 41 42 - E-mail : hattab.wafaa@gmail.com

56, Résidence Al Aoum, Appt. N°3 RDC, Gynmer, Hay El Mattar, Oasis - Casablanca  
Tél.: 05 22 25 42 08 - Urg. 066 4 68 41 42 - E-mail : hattab.wafaa@gmail.com

DEFASSUR

OULEVARD IBN TACHFINE -  
BLANCA

02/2023

02/2023

hafir

casablanca - 181, boulevard

est délivrée à l'intéressé(e)  
compagnie, 85.00 % des frais  
**MILLE NEUF CENT DOUZE**  
on des pièces justificatives.

t à Casablanca, le 01/02/2023  
POUR LA COMPAGNIE



N.B. :

N.B. :

- \* Le présent accord est à joindre à la facture définitive.
- \* S'agissant d'un devis, le règlement se fera après présentation d'une facture acquittée et soumission de l'intéressé(e) à une contre visite éventuelle.
- \* Pour que cet accord soit valable, les soins doivent être entamés dans un délai maximum de trois mois.



# AtlantaSanad

## DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2023051681

Contrat n° : 004.2021.00000076-10

Adhésion n° : 00000565

Malade : Lui même

Numéro RIB :

Ste contractante : BRICOMA AGADIR "RETRAITE"

Adhérent(e) : BENSOU DA AMINA

Déclaré le : 01/02/2023

Soin du : 30/01/2023

Sinistre n° : 040.2023.00024844

Date décision : 03/04/2023

Reçu le : 01/02/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) /Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*) SEANCE KINESITHERAPEUTE	3 750.00	1 500.00	2 250.00	85.00	1 912.50
<b>Totaux</b>	<b>3 750.00</b>	<b>1 500.00</b>	<b>2 250.00</b>		<b>1 912.50</b>
Dossier n° :			Règlement compagnie (Dhs)		<b>1 912.50</b>

Observation(s) :

(\*) REGLEMENT EFFECTUE CONFORMEMENT AUX CLAUSES CONTRACTUELLES

Signature Adhérent(e)