

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 08015 Société : 159849

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Elali Chahad Abdellali

Date de naissance : 1/11/49

Adresse :

Tél. : 061 31 20 25 Total des frais engagés : 3750 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

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) :

Elali

### 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 Cœfficients	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	

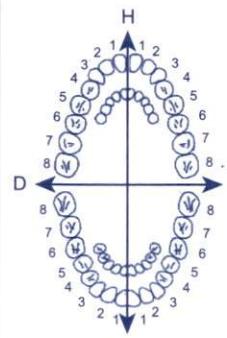
### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

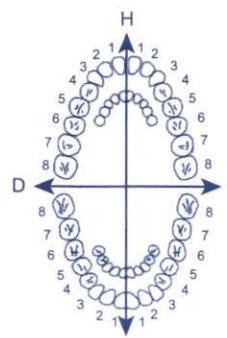


O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[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

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

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

est vivement recommandé à l'adhérent d'envoyer une photocopie de ses dossiers de santé avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.

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

ordonnance médicale,

prospectus & vignettes ou PPV des médicaments,

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

cas d'hospitalisation, la facture clinique mentionnant la nature et éventuellement la cotation des actes pratiqués accompagnée des notes d'honoraires, du détail de la pharmacie, des factures annexes ... etc.

cas de soins ou de prothèse dentaires, le détail des actes pratiqués, leur coefficient ainsi que les numéros et positions des traits traitées.

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

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

sont soumis à l'accord préalable de la compagnie : la prothèse dentaire, les extraits multiples de plus de 8 dents, les soins chirurgicaux (laser ... etc.) et les soins en séries, rééducation ... etc.).

orsque la personne malade bénéficie d'autre régime de prévoyance, l'assuré doit remettre à la Compagnie l'original du compte de remboursement délivré par son assurance 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 transmises 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'assuré \_\_\_\_\_ Date de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Dépôt du dossier

Cachet Contractante

\_\_\_\_\_

Numéro de dossier \_\_\_\_\_

Matricule de l'assuré \_\_\_\_\_

N° de police / N° de filiale \_\_\_\_\_

Numéro de Sinistre \_\_\_\_\_  
(si ouverture par système)

\_\_\_\_\_

A remplir par l'assuré

N° CIN \_\_\_\_\_

Nom et prénom de l'assuré \_\_\_\_\_  
**BENSALAH HAFNA**

Nom et prénom du conjoint \_\_\_\_\_  
**M. M**

Date des soins \_\_\_\_\_  
**03/23**

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés \_\_\_\_\_

Cadre résidentiel \_\_\_\_\_

Cachet de la Cellule \_\_\_\_\_

A Casablanca, le : \_\_\_\_\_

Volet détachable à présenter en cas de litige \_\_\_\_\_

N° DECLARATION \_\_\_\_\_ CIN : \_\_\_\_\_

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_

N° de police / N° de filiale : \_\_\_\_\_

Frais exposés : \_\_\_\_\_

N° de sinistre : \_\_\_\_\_ Date des soins : \_\_\_\_\_

**A. REMPLIR PAR LE MEDECIN**

NOM et Prénom du malade

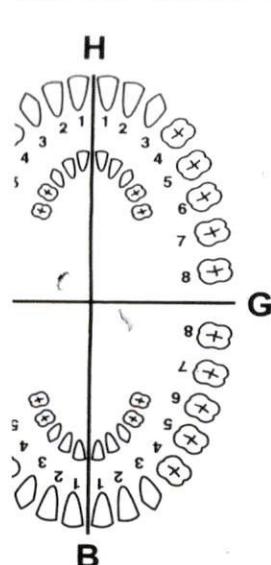
#### Nature de la maladie

### **En cas d'Accident (Causes et Circonstances)**

## 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	Dates	Montant	Cachet du Pharmacien
ANALYSES - RADIGRAPHIES						
Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien			
ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX						
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien			
ju 03/03/23	ANTIG	250DH	MASS			
Au 08/03/23		3750DH				

## SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



ralement de prothèse d'abord être soumis à bord de la Compagnie.

<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	
.....	.....	.....	.....	Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction	
.....	.....	.....	.....	Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction	
.....	.....	.....	.....	Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction	
.....	.....	.....	.....	Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction	
.....	.....	.....	.....	Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction	
.....	.....	.....	.....	Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction	
.....	.....	.....	.....	Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction	
	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	

# AtlantaSanad

ASSURANCE

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



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.

1/2

- Physiotérapie
- Rééducation fonctionnelle
- Gymnastique médicale
- Kinoplastie

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

Casablanca, le 08/03/2023

Note d'honoraires N° 6

Pour une série de ... 15 (quinze) séances de ... 1h 15 min

Pour ... entourée de la ville  
... Scène

Au prix de ... 150 DH x 15 = 3.750 DH

Adressé à ... Mme S. S. A. ...

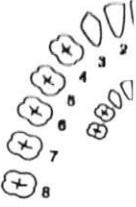
Sur ordonnance du Dr ... T. S. A. ...

Arrêtée la présente note à la somme de ...  
Trente-sept cent cinquante DH

Avec mes remerciements,  
Wafa HATTAB

ICE N° : 00276700000037

D



EFASSUR

ULEVARD IBN TACHFINE -  
LANCA

/2023

/2023

fir

olanca - 181, boulevard

délivrée à l'intéressé(e)  
agnie, 85.00 % des frais

**LE NEUF CENT DOUZE**  
des pièces justificatives.

Casablanca, le 01/02/2023

POUR LA COMPAGNIE

# Oasis LINE

- Physioterapie
- Rééducation fonctionnelle
- Gymnastique médicale
- Kinéplastie

Wafaa HATTAB

Kinésithérapeute

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

Casablanca, le ... 08/02/2023

calendrier des séances pour  
Mme Bassima 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 |

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 -  
CASABLANCA

02/2023

02/2023

hafir

sablanca - 181, boulevard

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

t à Casablanca, le 01/02/2023

POUR LA COMPAGNIE



D

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.

1/2

Atlanta Sanad -- Entreprise régie par la loi N°17-99 portant code des Assurances.

Société Anonyme au capital de 602.835.950 DH • RC : 16747 • CNSS : 1090109 • IF : 1085137 • TP : 37990058 • ICE : 001529660000034  
181, Bd d'Anfa - Casablanca • Tél : 05 22 95 78 00 / 05 22 95 76 76 • Fax : 05 22 36 04 36 / 05 22 36 98 12 • [www.atlantasanal.ma](http://www.atlantasanal.ma)



**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) : BENSOUDA AMINA Soin du : 30/01/2023

Déclaré le : 01/02/2023 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
Totaux	3 750.00	1 500.00	2 250.00		1 912.50

Dossier n° : Règlement compagnie (Dhs) **1 912.50**

Observation(s) :

(\*) REGLEMENT EFFECTUE CONFORMEMENT AUX CLAUSES CONTRACTUELLES

Signature Adhérent(e)