

## 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  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-809457



### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11178

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Boulaabes ALI

Date de naissance : 12.09.68

Adresse :

Tél. : 0662 78 64 42

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 :

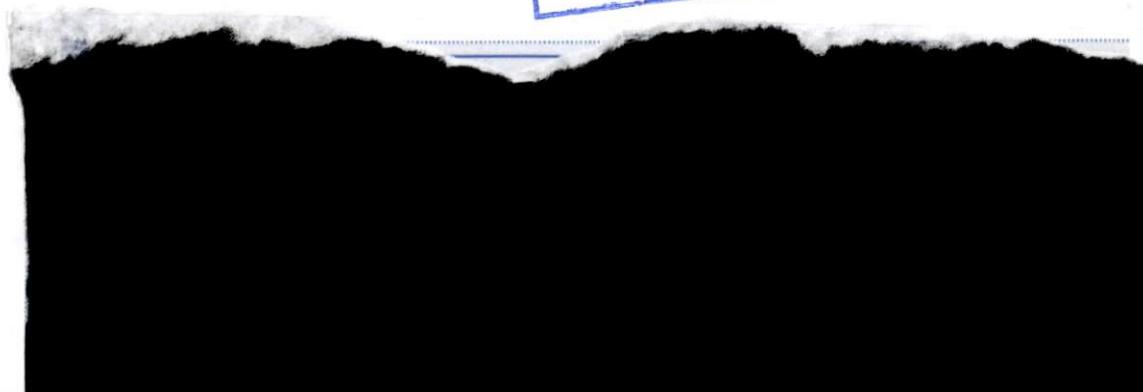
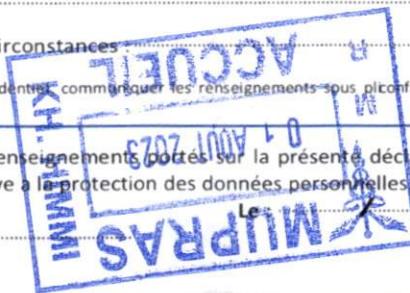
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
				INP : [REDACTED]

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

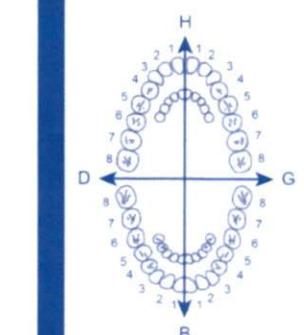
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

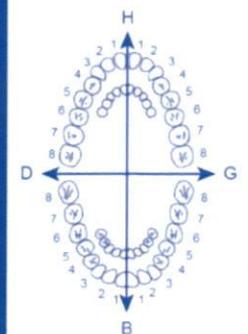
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**AtlantaSanad**  
ASSURANCE

### DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2023083368

N° chèque : 506618387

Contrat n° : 0197.4501.801050-00

Adhésion n° : 00000002 /Mle:2

Malade : Lui même

Numéro RIB :

Ste contractante : F2M PLASTICS

Adhérent(e) : SALWA GANNOUNE\* Soin du : 13/04/2023

Déclaré le : 01/07/2023 Sinistre n° : 040.2023.00333333

Date décision : 27/06/2023

Reçu le : 20/06/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
ECHOGRAPHIE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
(*) Pharmacie	98.00	98.00	0.00	80.00	0.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
<b>Totaux</b>	<b>698.00</b>	<b>98.00</b>	<b>600.00</b>		<b>480.00</b>

Dossier n° :

Règlement compagnie (Dhs)

**480.00**

**Observation(s)** :

(\*) NB PHARMACIE POLIDIS

Signature Adhérent(e)



AtlantaSanad  
ASSURANCE

AS0001949641/20

CONVENTION GROUPE

**DECLARATION DE MALADIE**

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion	Date de
100000000000	Dépôt du dossier
Numéro de bordereau	Cachet Contractante
Matricule de l'assuré	22
N° de police / N° de filiale	621262
Numéro de Sinistre (si ouverture par système)	

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)	N° CIN
SALWA JANNUANE	6133333

Nom et prénom du malade	Lien de parenté
SALWA JANNUANE	

Date des soins	Signature de l'assuré
13/06/2023	M
Montant des frais exposés	
6981	

Cadre réservé à Atlantasanal

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

**N° DECLARATION**

Nom de l'assuré : SALWA JANNUANE Matricole : CIN :

N° de police / N° de filiale : Numéro d'adhésion :

Frais exposés : 6981 dh Date de dépôt : 12/06/2023

N° de sinistre : Numéro de bordereau : Date des soins :

(si ouverture par système)

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

- 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 PPV 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 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 bénéfice 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.
- 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 LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade

- Age :

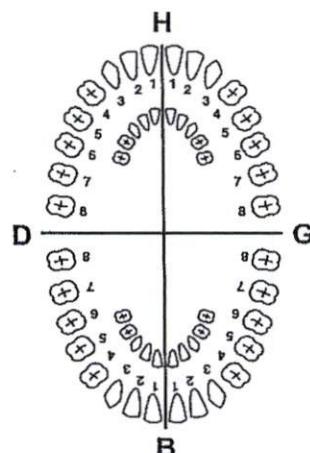
Ans

Nature de la maladie... Dermose vulnérante

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

## DETAIL DES SOINS

## **SOINS ET PROTHESE DENTAIRES**



Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.

O DEVIS

Etablissements

## TRAITEMENT

Commencé le  
Terminé le

S O I N S

B R O T H E S E

Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons  
○ Créditation ○ Remontage ○ Adjonction

Partie réservée au contrôle

**Montant des soins**

**Montant de la prothèse**

Cachet et Signature du praticien  
(s'il s'agit d'un devis)



الأستاذة عائشة المنصوري  
Dr Aicha EL MANSOURI

- Professeur d'Université
- Ex Professeur à la Faculté de Médecine de Casablanca
- Gynécologue Obstétricienne
- Spécialiste en Chirurgie Cancérologique
- Gynécologique et Mammaire

- أستاذة جامعية
- أستاذة أمراض النساء سابقا
- بكلية الطب البيضا
- اختصاصية في أمراض النساء والتوليد
- جراحة السرطان وأمراض الثدي

Sur Recette - Votre



بالموعد

Casablanca, le : 13/04/2023

### 91- ANNOUNCE SALVA.

- Remarque précoce

App 2<sup>1</sup> j pd 10<sup>1</sup>  
App 2<sup>1</sup> j pd 08<sup>1</sup>  
App 1<sup>1</sup> j ms 2 pd 6

98<sup>0</sup> — P-didex 1<sup>1</sup> j

App 1<sup>1</sup> pd le rapport

- L'examens est bloqué

agel sans surprise

Dr Aicha EL MANSOURI  
Gynécologue et Cancérologue  
1, Rue Imam Moulay Rés SIRAJ  
ETG 2 Appt 4, Oasis - Casablanca  
05 22 94 37 71 - 05 58 00 8  
elmansouri.gyn@gmail.com  
(En cas d'urgence) +212 676 68 70 47

**ECHOGRAPHIE PELVIENNE** du 13/04/2023.

## • Utérus

- Anterversé :  Retroversé
  - Contour : régulier  irrégulier
  - Taille : *Normal*
  - Echostructure : *Homogène*
  - Ligne de vacuité  *Une*

#### • Endomètre

atrophie (atrophique)

#### • Ovaires : Droit

RAS 1985

• Autres

1288

## **CONCLUSION :**

'echographie' under Magne  
Mme

1990-1991  
Eduardo Gómez