

# 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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.

## Prothésaire :

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

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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0000396

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : 56038  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : OUHAFSA Med  
Date de naissance :  
Adresse :  
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : TAHRA 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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-00396

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :  
Nom de l'adhérent(e) :  
Total des frais engagés :  
Date de dépôt :



## SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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														
			<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>														
			<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>														
			<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>														
			<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>														
<b>O.D.F.</b> <b>Prothèses dentaires</b>	<b>Détermination du coefficient masticatoire</b>		<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	00000000	00000000		35533411	11433553	<b>Montant des soins</b> <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
G																	
D	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
<b>(Création, Remont, adjonction)</b> Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>Date du devis</b> <input type="text"/>															
		<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>															
<b>Visa et cachet du praticien</b> attestant le devis		<b>Visa et cachet du praticien</b> attestant l'exécution															

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : <u>OUHAFSA Meol</u>	Mle <u>6794</u>
<b>DECLARATION N°</b> <u>P17/0041455</u>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>15-1-21</u>	<u>4500 DHS</u>	
<b>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</b> Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
<b>Cachet MUPRAS</b>		



**P17/ 0041455**

**DATE DE DEPOT**

15/01/2021

<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle <u>6794</u>	<b>Signature et cachet du médecin</b> 
Nom & Prénom <u>OUHAFSA Meol</u>			
Fonction <u>RETRAITÉ</u>	Phones <u>06.65.10.33.02</u>		
Mail			
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient <u>TAHRA</u>		
Adhérent <input type="checkbox"/>	Conjoint <input checked="" type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
<b>PHARMACIE</b>		Date	
Montant de la facture			
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		Date	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV
<b>CACHET</b>			



- 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 PPM 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 de 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, rééducation ...etc.).
- 6 Lorsque la personne malade bénéficie 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.

- 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 durent 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.

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 l'enr. A-A-101/2014

ref : 14 0102 V 0506

## FEUILLE DE SOINS

## A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante

N° de police : 204/03-1

N° d'adhérent : 86

## A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : ELKHAYAT TAHRA

Prénom du patient (e) : TAHRA

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : ADHERENTE

Montant des frais exposés (en DH) : 4500 DHS

A : Casablanca le 11/12/2020 Signature de l'adhérent (e) :

Liens de téléchargement de l'application mobile Atlanta :

IOS : <http://www.atlanta.ma/iphone>Android : <http://www.atlanta.ma/android>

Ces liens vous permettent la consultation de vos dossiers maladie.

## CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil

Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de Dirhams

Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél. : 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14/16  
C.N.S.S. 1090109 - I.F. 1085137 - R.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 001529660000034



**A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

Nom et prénom du patient (e) : **EL KHAYAT TAHRA**

Age du patient (e) : \_\_\_\_\_ Date des soins : **11/12/2020**

Nature de la maladie (\*) : **Prothèse dentaire**

Il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances : \_\_\_\_\_

Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez indiquer sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil les renseignements complémentaires.

**DR. BELMOKADEM BENALI Affilié**  
**Chirurgien Dentiste**  
**303 Bd. Souhaib Errasmi**  
**Sidi Belmoussi - Casablanca**  
**Tél : 0227766643 - 012089920**

MEDECIN TRAITANT	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECIN TRAITANT					
PHARMACIE					
RADIOGRAPHIES					
MEDICAUX					
OFFICIER					

(Précisez impérativement s'il s'agit d'un devis ou d'une facture)

ICE: 001620989 000085



**A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT**

Nom et prénom du patient (e) **EL KHAYAT TAMRA**  
Date des soins : **5/11/23**

Age du patient (e) : .....  
Nature de la maladie : .....  
S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances : .....

(\*) : Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTA- TION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDICINS TRAJANUS					
PHARMACIE					
ANALYSES / RADIOGRAPHIES					
AUXILAIRES MEDICAUX					
ETIEN					

# FEUILLE DENTAIRE

Préciser impérativement s'il s'agit d'un devis ou d'une facture)

SCHEMA DENTAIRE

(à remplir SVP)

☒ DEVS Demande de prix en change

## EXECUTION

commence is:

**Terminé le :**

## PROTHÈSE ET ODF

[illegible]

## Corotation

CCN Sach 47 D/20

- PAP replaced DMS

4 Dec 41.42

۵۶

10

COUVERTURE GLOBALE DES SOINS

**PH:**

### Avis du

médecin conseil de la Compagnie

CONTO GLOBAL DE LA P

YH: 4500

... du praticien

100

~~SECRET~~

80

1000



**RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES  
POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 soigneusement et correctement remplie et doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives des frais engagés :

- l'ordonnance médicale,
- les prospectus & vignettes ou PPM 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 dentales, 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 de 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, rééducation ...etc.).

6 Lorsque la personne malade bénéficie 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.

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 durent 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.

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 len° A-A-101/2014



التممين و إعادة التامين اطلانتا  
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA  
Entreprise privée régie par la loi 17-99 portant code des assurances

**FEUILLE DE SOINS**

**A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR**

Cachet de la contractante

N° de police :

N° d'adhérent :

**A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)**

Nom et prénom de l'adhérent (e) : ELKHAÏ TAHA

Prénom du patient (e) : TAHA

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : ADHÉRENT

Montant des frais exposés (en DH) : 450000

A : 6/8/92 le 5/11/92 Signature de l'adhérent (e) :

Liens de téléchargement de l'application mobile Atlanta :

IOS : <http://www.atlanta.ma/iphone>

Android : <http://www.atlanta.ma/android>

Ces liens vous permettent la consultation de vos dossiers maladie.

**CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE**

N° de sinistre

Appréciation du médecin consultant

Société Anonyme au Capital de 601.004.360,00 de Dirhams  
Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél.: 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14  
C.N.S.S. 1090109 - I.F. 1085137 - R.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 00152966000C




## ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

N° police	: 004.2019.00000130	Intermédiaire	: 072 - ASSURANCE AFMA
Filiale	: 01 - RENAULT COMMERCE MAROC		
Adhérent	: 00000086 - EL KHAYAT TAHRA	Adresse	: 44,BD KHALID IBNOULOUALID AIN SEBAA - CASABLANCA
Malade	: Lui même		
N° sinistre	: 040.2020.00446676	Date décision	: 23/11/2020
Frais engagés	: 4 500.00 Dhs	Date édition	: 24/11/2020
Date survenance	: 05/11/2020	Réf. Etat	: daiz
Nature maladie	: K00-K14 : Maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires		
N° dossier	:		

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

La présente attestation, établie sur la base du devis du **05/11/2020**, est délivrée à l'intéressé(e) sur sa demande pour permettre à **DR BELMOKADEM BENNANI AFIFA** le recouvrement, auprès de notre compagnie, de **80.00 %** des frais engagés jusqu'à concurrence d'un montant de **3 120.00 Dhs (TROIS MILLE CENT VINGT DIRHAMS)**, décompté comme suit : **0.00 Dhs** pour l'ODF, **3 120.00 Dhs** pour la prothèse dentaire, **0.00 Dhs** pour la parodontie et **0.00 Dhs** pour les soins, sur présentation des pièces justificatives.

POUR LA COMPAGNIE

 **AtlantaSanad**  
ASSURANCE  
181, Boulevard d'Anfa - CASABLANCA

N.B. : s/réserve les pièces justificatives

N.B. : Cette attestation est valable pour une durée de 3 mois. La facture accompagnée de l'originale de la présente doivent être envoyées 30 jours au plus tard à compter de la date de l'exécution des soins.





## DETAIL PRISE EN CHARGE

N° police : 004.2019.00000130      Intermédiaire : 072 - ASSURANCE AFMA  
Filiale : 01 - RENAULT COMMERCE MAROC  
Adhérent : 00000086 - EL KHAYAT TAHRA      Adresse : 44,BD KHALID IBNOULOALID AIN SEBAA - CASABLANCA  
Malade : Lui même  
N° sinistre : 040.2020.00446676      Date décision : 23/11/2020  
Frais engagés : 4 500.00 Dhs      Date édition : 24/11/2020  
Date survenance : 05/11/2020      Réf. Etat : daiz  
Nature maladie : K00-K14 : Maladies de la cavité buccale, des glandes salivaires et des maxillaires  
N° dossier :

### Liste des prestations accordées :

Prestation	Clé	Nbr.	Frais réels (Dhs)	Mnt. Ret. (Dhs)	Base Rem. (Dhs)	Tx. %	Mnt. Accordé	Reli. plaf (Dhs)	Gros R. (Dhs)
(*1) PROTHESE DENTAIRE	D	180	3 600.00	600.00	3 000.00	80.00	2 400.00	2 400.00	
(*2) PROTHESE DENTAIRE	D	45	900.00	0.00	900.00	80.00	720.00	720.00	

### Observation(s) :

(\*2) s/réserve les pièces justificatives

(\*2) s/réserve les pièces justificatives