

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.

Biologie 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.

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

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° P19- 0039714

Optique 59648 Autres

Maladie Dentaire

Matricule : 2389 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BENSALEM IDRIS

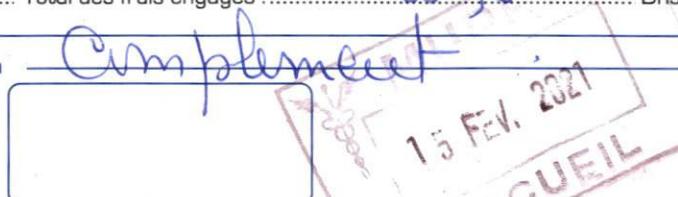
Date de naissance : 18/02/50

Adresse : 7, Rue d'Aquitaine Q. Gauthier CASA

Tél. : Total des frais engagés : 630,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/12/2020

Nom et prénom du malade : JAWAD Zohra Age : 62

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : CARDIOLOGIE

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 : 8/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : (Signature)

N° règlement : 2021010194

AtlantaSanad
ASSURANCE
DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2018.00000066-01

Ste contractante : SOCIETE NCRM RETRAITE

Soin du : 14/12/2020

Adhésion n° : 00000090

Adhérent(e) : JAWAD ZOHRA

Sinistre n° : 040.2020.00567418

Malade : Lui même

Déclaré le : 27/01/2021

Date décision : 28/01/2021

Numéro RIB : 007780000000123230356331

Reçu le : 21/01/2021

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	85.00	255.00
Pharmacie	330.90	0.00	330.90	85.00	281.26
Totaux	630.90	0.00	630.90		536.26
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			536.26
Observation(s) :		Signature Adhérent(e)			

Signature Adhérent(e)

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 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 len° A-A-101/2014



شركة التامين و إعادة التامين أطلنطا
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

20, Rue Sophie
Carriére 20.000

N° de police : 1866

1866

90

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : JANNAZ, ZOEIRAH

Prénom du patient (e) : Zoé

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : elle me g

Montant des frais exposés (en DH) : 630,50

A Cozette le 14 / 19 / 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 15747- Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 001529660000034

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

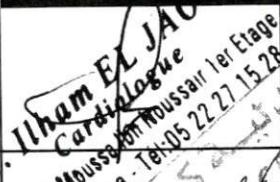
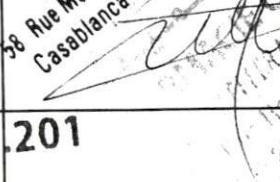
Nom et prénom du patient (e) : Jeanne ép. BONSALEM Sophie

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie^(*) : HIA

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.

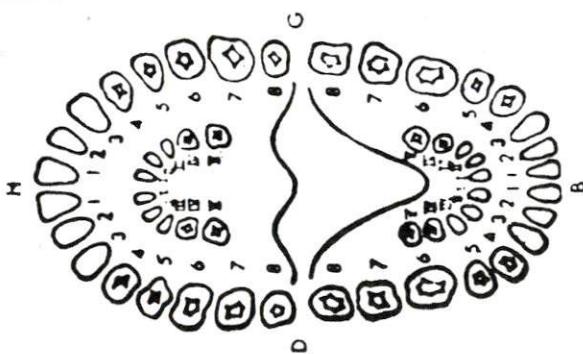
PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	14/12/2020	S		800,00	 Dr. Ilham EL JAD Cardiologue 38 Rue Moussai Ben Moussai 1er Etage Casablanca - Tel: 05 22 27 15 28
PHARMACIE	14/12/2020			330,90	 Dr. Ilham EL JAD
ANALYSES / RADIOGRAPHIES				NPE 092.017.201	
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

FEUILLE DENTAIRE

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

EXECUTION Commencé le :
 Traitement Terminé le :

PROTHESE ET ODF	Nature de la prothèse ou semestre de l'ODF	Corotation
-----------------	---	------------



COLLECTOR'S GUIDE TO COINAGE

COUVEOBAL DE LA PROTHESE QUI DE L'ODE

DH : DE L'ODF

Glossary

Dr. Ilham EL JAOUI

Spécialiste en Cardio-vasculaire
ECG, HOLTER, Epreuve d'effort
Echocardiographie-Doppler



لدكتورة الجاوي إلهام

خاصة في أمراض القلب والشرايين

ستكشافات القلب والأوعية الدموية

التخطيط، فحص القلب بالصدى

ELECTROCARDIOGRAMME

IDENTITE: Jawad ep. Benselem Zohra

DATE : 14/12/2020

Jawad qg Blsna Cem Zohra

Fréq. cardiaque : 83 bpm

CONFIRMÉ PAR: Dr. I. EL JAOUI

TA: 134/81

P: 87,5 Kg T: 36°3.



RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- ❶ Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
 - ❷ Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
 - ❸ 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.
 - ❹ 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.
 - ❺ 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.).
 - ❻ 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 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 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

111 / 0103 / NOEOF



شركة التامين و إعادة التامين ATLANTA
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 : 1866

N° d'adhérent : 90

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : Jeanne ZOBIA

Prénom du patient (e) : Zoé

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : elle m'a aidé

Montant des frais exposés (en DH) : 630,90

A Cozette ce 16 / 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) : Jeanne ep. BONSALEM Sophie

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie^(*) : H.T.A.

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	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	14/12/2020	S		800,00	Dr. Ilham EL JAO Cardiologue 38 Rue Moussa Ben Moussai 1er Etage Casablanca - Tel: 05 22 27 15 28
PHARMACIE	14/12/2020			330,90	
ANALYSES / RADIOGRAPHIES				NPE 092.017.201	
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

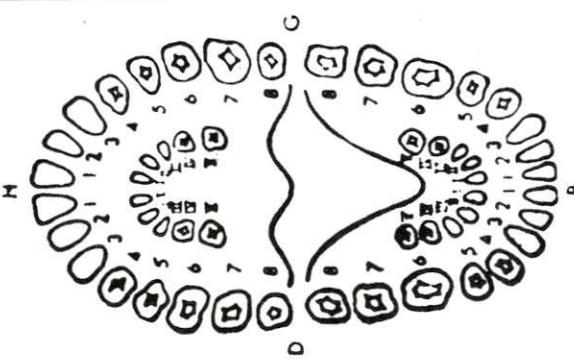
FEUILLE DENTAIRE

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

EXÉCUTION Commencé le :
Traitement Terminé le :

PROTHESE ET ODF	Nature de la prothèse Prothèse en céramique sur structure en ODF
Cotation	Cotation

mestle der Our



COIT GLOBAL DES SOINS DH :

SOINS DH : cou

SCOUT GLOBAL DE LA PROTHESE OU DE L'ODF

DH:

Cachet et signature du praticien

Dr. Ilham EL JAOUI

Spécialiste en Cardio-vasculaire
ECG, HOLTER, Epreuve d'effort
Echocardiographie-Doppler

لدكتورة الجاوي إلهام

خاصة في أمراض القلب والشرايين

ستكشافات القلب والأوعية الدموية

التخطيط، فحص القلب بالصدى



ELECTROCARDIOGRAMME

IDENTITE: Jawad El Bense Lem Zohra

DATE : 14/12/2020

Jawad op Blusa Cem Zohra

Fréq. cardiaque : 83 bpm

Fréq. cardiaque

Confirmé par: Dr I. EL JAOUI TA: 134/81

P: 87,5 Kg T: 36°3



1Hz - 40Hz. PM

Toutes dérivations: 10.0mm/mV. 25.0mm/sec.

CardioTouche 000 000

Dr. Ilham EL JAOUI
Spécialiste en Cardio-vasculaire
ECG, HOLTER, Epreuve d'effort
Echocardiographie-Doppler



الدكتورة الجاوي إلهام
اختصاصية في أمراض القلب والشرايين
استكشافات القلب والأوعية الدموية
التخطيط، فحص القلب بالصدى

Casablanca, le 14.1.2013

Mr. Tarek El Ben Salem Zohdy

98.10 x 3

110.00 x 5/5 Lipide nol

18.30 x 2

2% duree non 6% نصف

330.90

Traitement 3 Mois

Traitement 3 Mois

Dr. Ilham EL JAOUI
Cardiologue
58 Rue Moussa Ibn Noussair 1er Etage
Casablanca - Tel: 05 22 27 15 28

58, Rue Moussa Ibn Noussair, 1^{er} étage. 20060 Casablanca
Tél.: 05 22 27 15 28 - E-mail : eljaoui82@gmail.com
En cas d'urgence : 06 62 06 04 75

