

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.

Diologie 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.

Optaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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.

Matricule : 108055 Société : 70710

Actif

Pensionné(e)

Autre :

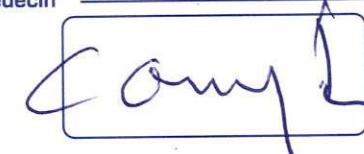
Nom & Prénom : Filali chahad Abdellah

Date de naissance : 11/11/49

Adresse : 133 1^{er} LAMOUNE II casab

Tél. : 0661322025 Total des frais engagés : 1000 Dhs

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENSONDA AYNA

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

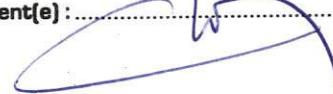
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 08/05/2021

Signature de l'adhérent(e) :





POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ENTRER DANS LE SYSTÈME

st indispensable d'établir une déclaration personnelle et par maladie.

est vivement recommandé à l'adhérent de faire une photocopie de ses dossiers et de les envoyer à la compagnie de remboursement.

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

donnance médicale.

prospectus & vignettes ou PPM des documents.

ordonnances prescrivant les examens ologiques et/ou biologiques ainsi que leurs résultats.

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

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

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

cas de demande de prise en charge, faire imprimer le devis d'hospitalisation d'un plan dentaire justifiant ladite hospitalisation et établir les soins et traitement envisagés ainsi de tout examen de diagnostic.

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

orsque la personne malade bénéficie d'autre régime de prévoyance, l'assuré a remettre à la compagnie l'original du compte de remboursement délivré par l'assureur de base et la photo 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

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion

AtlantaSanad

Date de

Dépôt du dossier

06/2021

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

004.2021.76

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

NON C46 SPZ

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)

BENSOUDA AMINA

Lien de parenté

Nom et prénom du malade

N

Date des soins

22.02.2021

Signature de l'assuré

W

Montant des frais exposés

580,00 DHS.

Cadre réservé à Atlantasanaad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré :

Matricule : CIN :

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés : dh

Date de dépôt : / /

N° de sinistre :

Numéro de bordereau : Date des soins :

(si ouverture par système)

AS0000293743/20



AtlantaSanad
DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2021036437

Contrat n° : 004_2021.0000076-10
 Adhésion n° : 00000565
 Malade : Lui même
 Numéro RIB :

Ste contractante : BRICOMA AGADIR
 Adhérent(e) : BENSOUDA AMINA
 Déclaré le : 27/04/2021
 Soin du : 22/02/2021
 Sinistre n° : 040.2021.00191800
 Date décision : 29/04/2021
 Reçu le : 23/04/2021

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE	500.00	0.00	500.00	85.00	425.00
Totaux	500.00	0.00	500.00		425.00
Dossier n° :	Règlement compagnie (Dhs)			425.00	

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)



CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte par Pharcoémulsification
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme, Hypermétropie,
Presbytie (Laser - Implant)

الدكتور الرئيس عبد الرحمن
الخصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

Casablanca, le

Reçu de caisse N° : 281474976718301

explo

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT21022211535 3	BENSOUDA Amina	22/02/2021

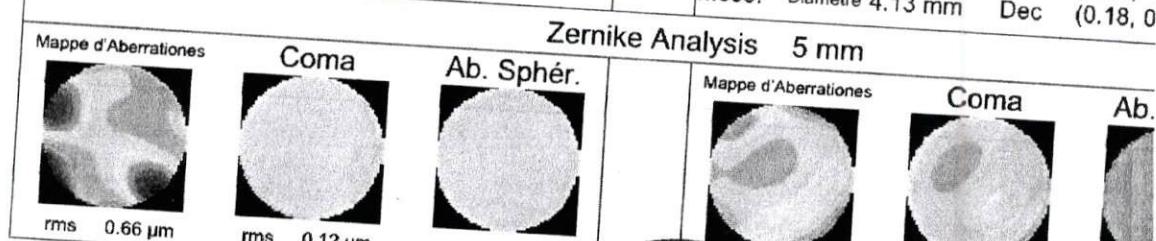
Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Chèque	cons réfractive	500,00
Reçu établi par :	Total payé	500,00



15, Rue Kadi Iass - Mâarif - 20100 Casablanca, - Tél. : 05 22 99 01 84 / 26 - Fax : 05 22 99 01 84
E-mail : drraiss@ophthalmologie-maroc.com - Web : www.ophthalmologie-maroc.com
Prise rendez-vous par E-mail : contact@ophthalmologie-maroc.com - ICE : 001602596000056

46.81 D	AGC	OUI	p	AK	AGC	OUI
1.18 D/mm	0.39 D	0%		46.31 D	0.52 D/mm	0.15 D

Pupille			
Photo: Diamètre 2.70 mm	Dec (-0.11, -0.03)mm	Photo: Diamètre 2.95 mm	Dec (0.11, -0.03)mm
Meso: Diamètre 3.44 mm	Dec (-0.11, 0.07)mm	Meso: Diamètre 4.13 mm	Dec (0.18, 0.07)mm



Sommaire Aladdin (V. 1.6.2) 2021/02/22 14:11:31

AL



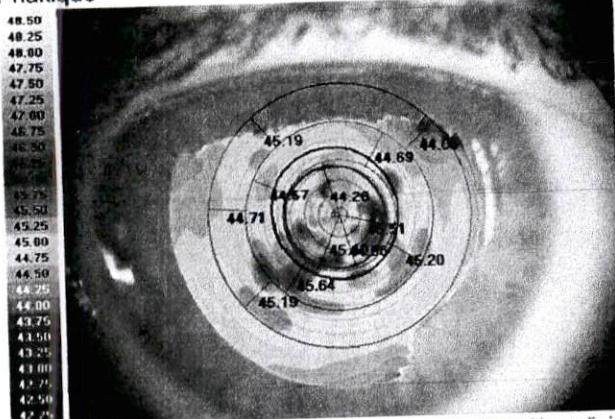
Topcon Europe Medical bv

Patient : BENSOUDA AMINA
 Patient ID : BA
 Date de Naissance: 28/02/1960
 (jj/mm/aaaa)

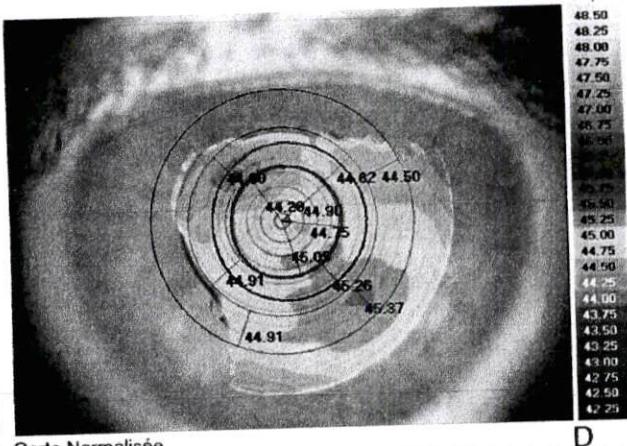
Chirurgien : RAISS ABDERRAHMANE
 Date Examen : 22/02/2021 - 14:09
 (jj/mm/aaaa)

OD

Phakique



Carte Normalisée



D

Synthèse des mesures

AL	22.54mm	K1	44.85D	120°	AL	22.46mm	K1	44.70D	0°
ACD	3.39mm	K2	45.20D	30°	ACD	3.29mm	K2	44.70D	90°
LT	4.04mm	CCT	0.544mm		LT	4.67mm	CCT	0.543mm	
WTW	11.08mm	Dec	(-0.29, 0.20)		WTW	12.09mm	Dec	(0.38, -0.17)	

Index Kérato-réfractifs

CYL 3 mm	0.43 D	Ax: 7°	CYL 3 mm	0.23 D	Ax: 50°		
CYL 5 mm	0.22 D	Ax: 43°	CYL 5 mm	0.25 D	Ax: 72°		
SD	SAI	e	Kc				
1.01 D	0.43 D	0.41	44.66	0.52 D	0.30 D	-0.14	44.83

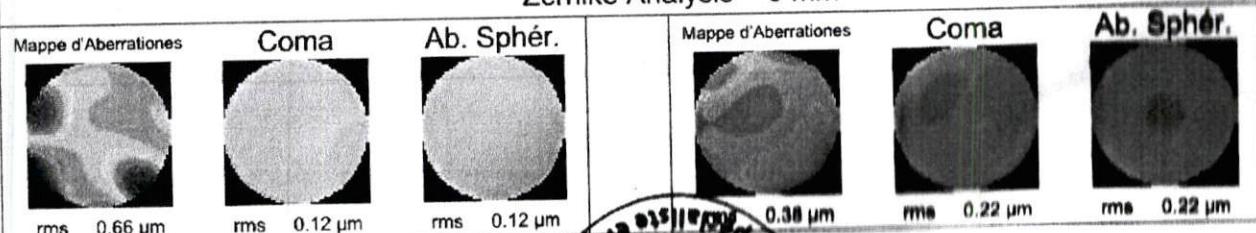
Criblage du kératocône

AK	AGC	OUI	p	AK	AGC	OUI	p
46.81 D	1.18 D/mm	0.39 D	0%	46.31 D	0.52 D/mm	0.15 D	0%

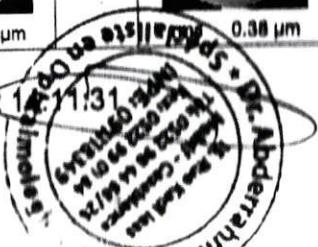
Pupille

Photo:	Diamètre 2.70 mm	Dec	(-0.11, -0.03)mm	Photo:	Diamètre 2.95 mm	Dec	(0.11, -0.01)mm
Meso:	Diamètre 3.44 mm	Dec	(-0.11, 0.07)mm	Meso:	Diamètre 4.13 mm	Dec	(0.18, 0.00)mm

Zernike Analysis 5 mm



Sommaire Aladdin (V. 1.6.2) 2021/02/22 14:11:31



ALADDIN

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade

Age : Ans

Nature de la maladie

En cas d'Accident (Causes et Circonstances)

DETAIL DES SOINS

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

	<input type="radio"/> DEVIS		<input type="radio"/> TRAITEMENT	
	Etabli le		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
Montant des soins DH				Montant de la prothèse DH
Cachet et Signature du praticien (n'il n'agit d'un devis)				Cachet et Signature du praticien attendant l'exécution et la paiement des soins (et ou) de la prothèse