

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.

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

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° M21- 0005841

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6042

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENABDE RRAZIK KARIMA

Date de naissance : 29/11/60

Adresse :

Tél. : 06 61 100 848

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 : CASA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 11/12/2021

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Indispensable d'établir une déclaration onne et par maladie.

vivement recommandé à l'adhérent
ler une photocopie de ses dossiers
avant leur envoi à la Compagnie
mboursement.

claration maladie doit être
et doit être accom-
de toutes les pièces justificatives des
agés :
nnance médicale,
rospectus & vignettes ou PPM des
aments,
rdonnances prescrivant les examens
giques et/ou biologiques ainsi que
sultats,

is d'hospitalisation, la facture clinique
e mentionnant la nature et éventuelle
a cotation des actes pratiqués accom-
des notes d'honoraires, du détail de la
iclie, des factures annexes ... etc.

s de soins ou de prothèse dentaires, le
détaillé des actes pratiqués, leur coeffi-
nsi que les numéros et positions des
aîtées.

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

s de demande de prise en charge, faire
agner le devis d'hospitalisation d'un pli
itiel justifiant ladite hospitalisation et
it les soins et traitement envisagés ainsi
out examen de diagnostic.

soumis à l'accord préalable de la
gnie : la prothèse dentaire, les extrac-
ultiplies de plus de 8 dents, les soins
(laser ... etc.) et les soins en série
rs, reeducation ... etc.).

que la personne malade bénéficie
tre régime de prévoyance, l'assuré
mettre à la Compagnie l'original du

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 présenta-
tion chaque année d'un certificat de scolarité.

9 Le délai de dépôt de toute demande de
remboursement (déclaration maladie, comple-
ment ou acte de naissance ... etc.) est de 3
mois à compter de la date de la 1ère consulta-
tion, 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 intentionnel-
lement 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 presta-
tions).

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.

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



Atlantasanad
ASSURANCE



AS0000344401/20

CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion

Date de
Dépôt du dossier

Numéro de bordereau

Cachet Contractante

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

A remplir par l'assuré

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

N° CIN

A9842

LAOUFIR SIF-EDDINE

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

lui-même

Date des soins

08.09.2021

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

2.471,00 DH

[Signature]

Cadre réservé à Atlantasanad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré :

Matricule :

CIN :

1.2.2008

الدكتور حمزة بنونة
خريج كلية الطب بنانسي (فرنسا)

1. was fin

$$168,80 \times 3$$

Methods 40

30.70 x 2

- HANDOUT 75

133.60

- 210000 2600

701,40

Dr. Hamza BEN NOUNA
Bd. Abdelmoumen el Khabaz
Casablanca
Tél. 05 22 03 10

05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39 : الهاتف - الدار البيضاء - الهاتف
 إقامة هشام، زاوية شارع عبد المؤمن - الدار البيضاء - الهاتف
 Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Bd Abdelmalik

اختصاصي في أمراض القلب
 200-100
 باقية بمستشفيات
 الأولى للقلب والشرايين
 طب المستشفيات بنانه
 011040230
 CARDIS 40mg

سار البيضاء، في :

1. was fin

$$168,80 \times 3$$

Methods 40

30.70 x 2

- HANDOUT 75

133.60

- 210000 2600

701,40

Dr. Hamza BEN NOUNA
Bd. Abdelmoumen el Khabaz
Casablanca
Tél. 05 22 03 10

05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39 : الهاتف - الدار البيضاء - الهاتف
 إقامة هشام، زاوية شارع عبد المؤمن - الدار البيضاء - الهاتف
 Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Bd Abdelmalik

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.1997.00000095-02

Ste contractante : ATLANTASANAD CADRES RETRAITES

Adhésion n° : 00001041

Adhérent(e) : LAOUFIR SIF-EDDINE

Soin du : 08/09/2021

Malade : Lui même

Déclaré le : 22/09/2021

Sinistre n° : 040.2021.00509679

Numéro RIB :

Date décision : 23/09/2021

Reçu le : 22/09/2021

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
BIOLOGIE MEDICALE	470.00	0.00	470.00	90.00	423.00
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	300.00	0.00	300.00	90.00	270.00
Pharmacie	701.40	0.00	701.40	100.00	701.40
Totaux	1 471.40	0.00	1 471.40		1 394.40
Dossier n° :			Règlement compagnie (Dhs)		1 394.40

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)



FACTURE N° 2109140026

Mr Sifeddine LAOUFIR

Demande N° 2109140026
Date de l'examen : 14-09-2021
Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	Cholestérol	B30	B
	CRP us	B100	B
	Triglycérides	B50	B
	LDL Dosage direct	B50	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	Acide Urique	B30	B
	Cholestérol HDL	B50	B

Total des B : 340
TOTAL DOSSIER : 470 DH
Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent soixante-dix dirhams DH

Casablanca, le : 08 SEP, 2021 : الدار البيضاء، في :

Handwritten signature: A. Hounen
Handwritten notes:
acid urique
gly - glycémie
LDL - LDL
Trig - Triglycérides
CRP

Dr. Hamza BENNOUNA
Bd. Abdelmoumen et Rue Abdelmalek
Tél. 05 22 86 39 39 / 38 38



**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.**