

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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.

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



Complément
13.029H

Déclaration de Maladie : N° S19-0050648

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12.976 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL GSSIER Hajer Date de naissance : 13/10/1990

Adresse : Bd Abdelmoumen ESC B Appart 18 Me Rammedia

Tél. : 06.00.62.81.2 Total des frais engagés : 2285,1 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : Enfant

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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 : 20/09/2022

Signature de l'adhérent(e) : Vluy





DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2022114651

N° chèque

Contrat N° : 004.2021.00000083 Ste Contractante : OFPT PERSONNEL ACTIF Soin du : 21/07/2022
Adhésion N° : 11320 Adhérent(e) : BETTOUI ZAKARIA Sinistre N° : 040.2022.00542596
Malade : LUI MEME Déclaré le : 31/08/2022 Date décision : 05/09/2022
RIB : 01179300001420000083643 Reçu le : 31/08/2022

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	80	240,00
MONTURE	450,00	75,00	375,00	80	300,00
Pharmacie	335,10	280,70	54,40	80	43,52
VERRES (avec changement de dioptrie)	1 200,00	725,00	475,00	80	380,00
Totaux	2 285,10	1 080,70	1 204,40		963,52
Dossier N° :	2013672		Règlement Compagnie (Dhs)		963,52

Observation(s) :
hylo dual +physiodose nr taxes nr

Signature Adhérent(e)

Docteur Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون للأطفال والكبار

طبيب داخلي سابق

بمستشفيات باريس

21/7/2022

الدار البيضاء في :

Casablanca le :

BETTIOUT Zadaria
Jewellz mur
anti reflet
plus colorées
anti UV.

KHALLATI OPTIQUE
Opticien Optométriste
Avenue Hassan II Imm. El Khalil Mag N°8
Guéliz - Marrakech
Tél: 05 24 44 26 94

$$\text{OD} = (90^\circ, -0150)$$

$$\text{Oc} = (50^\circ, -0150)$$

HAMDANI
OPTICIEN
24 Rue Imame Alloussi, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél.: 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthalmdani@yahoo.fr

24 زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدرا) بورڭون. الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 27 67 46 / 51 - الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthalmdani@yahoo.fr

Docteur Mohammed HAMDANI

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

الدكتور محمد حمداني

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون للأطفال والكبار

طبيب داخلي سابق

بمستشفيات باريس

12/21/17/20/22
الدار البيضاء في

Casablanca le :

190,00 =

SETTIOUT

Zakaria

Hydroalual Mosh

1 litre x 3 /



6 bis

54,40

PHARMACIE LAAYOUNE

Dr IBRAHIM Hind
635 rue Oued Sidi Abdellah
Casablanca
Tél. : 05 22 21 04

INPE : 092038991

90,70

G = 335,10

24. زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدرا) بورگون . الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 27 67 46 - 05 22 26 66 77 - الفاكس : 05 22 26 66 77

24, Rue Imame Alloussi, 3ème étage, Bourgogne (Face à la clinique Badr). Casablanca
Tél. : 05 22 27 67 46 / 51 (L.G) - Fax : 05 22 26 66 77 - E-mail : ophthalmadani@yahoo.fr



S.V.

Tolradex (Pde)

Lapp

600 ml

all
f. (milk)

physio (full)



S.V.

Lampe Surlaine Ruber



S.V.

KHALLATI OPTIQUE

Avenue Hassan II, Immeuble El Khalil, Magasin N°8, Gueliz
 40000 Marrakech
 Tél: 0524421776

N° ID : Patente: 45104290

M. ZAKARIA BETTOUI

FACTURE N° : F22/0570

Date : 15/08/2022

Prescrit par : MohamMED HAMDANI

No ID :

En date du : 21/07/2022

Désignation	Qté	Prix unit.	Valeur	TVA
ORGANIQUE AR PHOTOFUSION GRIS	1	600.00	600.00	20.0
ORGANIQUE AR PHOTOFUSION GRIS	1	600.00	600.00	20.0
MONTURE GOPS	1	450.00	450.00	20.0
Total	3		1650.00	

Total H.T.	Total TVA	Total T.T.C.	Acompte	A PAYER
1375.00	275.00	1650.00	1650.00	0.00 Dh



KHALLATI OPTIQUE
 Opticien Optometriste
 Avenue Hassan II Imm. El Khalil Mag N°8
 Guéliz - Marrakech
 Tél: 05 24 44 26 94

TVA IF: 39391324

N° Siren ICE: 002344582000038

N° Siret RC: 100743



AtlantaSanad
ASSURANCE



123456

CONVENTION GROUPE

**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 pratiques 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 pratiques, 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, reéducation ... 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 photocopie du dossier.
 - ❼ A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.
 - ❽ 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.
 - ❾ 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.
 - ❿ 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.
 - ⓫ 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).
 - ⓬ Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.
 - ⓭ Les pièces justificatives des frais engagés transmises à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.
 - ⓮ 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 droit a été autorisé par la CNPD sous le n° A.A.101/2014

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion (Matricule) **11320** Date de ...
AtlantaSanad Dépôt du dossier

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale **21/83**

Numéro de Sinistre(si ouverture par système)

Cachet Contractante

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales) **BETTIDOU ZAKARIA** N° CIN **BE 780 947**

Nom et prénom du malade

BETTIDOU ZAKARIALien de parenté
soi même

Date des soins

21/07/2022

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

2285,1 DH

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 :

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés : dh

Date de dépôt :

N° de sinistre :

Numéro de bordereau :

(si ouverture par système)

Date des soins :



123456

NOM et Prénom du malade : **SESTINA MARIA** REMBOURSER PAR LE MEDECIN Age : _____ Ans
Nature de la maladie : _____
En cas d'Accident (Causes et Circonstances) : _____

DETAILED SOINS

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES