

# 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3503 Société : 144113 M22-0025003

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : N. Ajedine ABdelkader

Date de naissance : 01.01.1948

Adresse :

Tél. : 06 88 51 75 73 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 2023

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 : 09/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

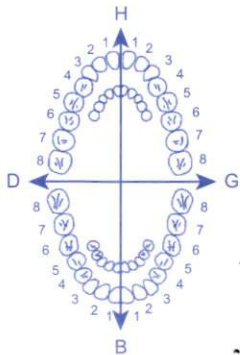
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

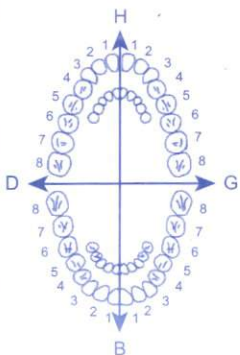
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

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		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412	21433552											
	D	00000000	00000000											
	G	00000000	00000000											
	B	35533411	11433553											
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>										
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Casablanca le .....

22/12/2022

RECU

Reçu de M LIDRISSI KHADIJA  
la somme de : 1005,00 Dhs  
Mille Cinq Dirhams ,  
en complément de la prise en charge.

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
544, bd. panoramique, californie  
Casablanca maroc  
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
05 22 29 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
Fax : 05 22 86 46 21  
S.S.

PAYE EN ESPEC





22/12/2022

**COMPTE RENDU OPERATOIRE**

Nom et Prénom : **LIDRISSI KHADIJA**  
Date d'intervention : **22/12/2022**  
Chirurgien : **Dr. CHAHBI**  
Anesthésiste : **DR ROCHDI**  
Mode d'anesthésie : **AL**  
Intervention : **Cataracte Avec Implant**  
Œil : **DROIT**

- Blepharostat
- Pré-incision au couteau 2.75
- Injection de viscoélastique
- Capsulorrhexis à l'aiguille puis avec la pince
- Hydrodissection
- Mobilisation du noyau
- Phacoemulsification
- Lavage des masses à l'IA
- Mise en place d'I C P
- Lavage du PVE
- Injection d'ATB dans la CA
- Pommade
- Pansement.

DR. CHAHBI Mohammed  
Ophtalmologiste  
544, bd. panoramique, Californie  
Casablanca, Maroc  
Tel : 05 22 50 15 15 / 05 22 86 46 19  
Fax : 05 22 86 46 21  
S.S.







22/12/2022

Facture N°4457/2022

Nom et Prénom : LIDRISSI KHADIJA  
P. E. C : ATLANTASANAD  
Date d'intervention : 22/12/2022  
Adresse : 181, Boulevard d'Anfa - casablanca-  
ICE : 001529660000034

1 jour d'hospitalisation à 400.00 : 400,00

Bloc opératoire K 130 : 3 250,00

**Total : 3 650,00**

Pharmacie : 1 300,00

Honoraire Dr CHAHBIK130 : 3 900,00

Honoraire M.ANESTHESISTE K40 : 1 200,00

**Total : 10 050,00**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

**Dix Mille Cinquante Dirhams.**

Domiciliation Bancaire

BMCE

AGENCE CASA ALEXANDRIE

COMPTE N°011793000065210000099086

CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE  
544, bd. panoramique californie  
Casablanca maroc  
Tél : 05 22 86 46 18 / 19 / 20  
05 22 29 65 60 / 00 - 05 22 50 15 15  
Fax : 05 22 86 46 21  
S.S.

la facture originale  
à été envoyer  
à ATLANTASANAD  
pour le règlement



**AtlantaSanad**  
ASSURANCE

## ATTESTATION DE PRISE EN CHARGE

N° police	: 004.2020.00000036	Intermédiaire	: 072 - ASSURANCE AFMA
Filiale	: 01 - SOCIETE CENTRALE DE REASSURANCE		
Adhérent	: 00000192 - LIDRISSI KHADIJA	Adresse	: 8, rue Mikkhail Nouaima -ex Quais - CASABLANCA
Malade	: Lui même		
N° sinistre	: 040.2022.00820418	Date décision	: 19/12/2022
Frais engagés	: 10 050.00 Dhs	Date édition	: 19/12/2022
Date survenance	: 13/12/2022	Réf. Etat	: o.ghafir
Nature maladie	: H55-H59 : Autres affections de l'Œil et de ses annexes		
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 **13/12/2022**, est délivrée à l'intéressé(e) sur sa demande pour permettre à **CLINIQUE DE L'OEIL CALIFORNIE** le recouvrement, auprès de notre compagnie, de **90.00 %** des frais engagés jusqu'à concurrence d'un montant de **9 045.00 Dhs (NEUF MILLE QUARANTE CINQ DIRHAMS)**.

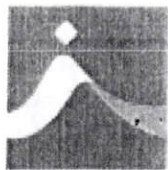
Ci-joint le détail de la prise en charge par prestation.

POUR LA COMPAGNIE

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

N.B. :S/RESERVE CRO

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 : 004.2020.00000036 Intermédiaire : 072 - ASSURANCE AFMA  
Filiale : 01 - SOCIETE CENTRALE DE REASSURANCE  
Adhérent : 00000192 - LIDRISSI KHADIJA Adresse : 8, rue Mikkhail Nouaima -ex Quais - CASABLANCA  
Malade : Lui même  
N° sinistre : 040.2022.00820418 Date décision : 19/12/2022  
Frais engagés : 10 050.00 Dhs Date édition : 19/12/2022  
Date survenance : 13/12/2022 Réf. Etat : o.ghafir  
Nature maladie : H55-H59 : Autres affections de l'Œil et de ses annexes  
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)
(*) K130	K	1	10 050.00	0.00	10 050.00	90.00	9 045.00	9 045.00	

### Observation(s) :

(\*) S/RESERVE CRO