

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0040767

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6042 Société : Ram
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUABDOUZZIK KARIMA 148719
Date de naissance : 29-11-60
Adresse :
Tél : 06 61 100 808 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade :
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 :
MUPRAS
08 FEB. 2023
ACCUEIL
I. BOUZAACHANE

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) :

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

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

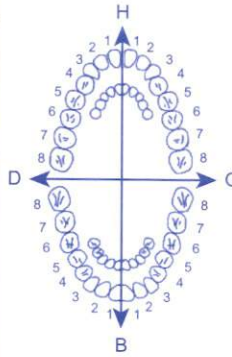
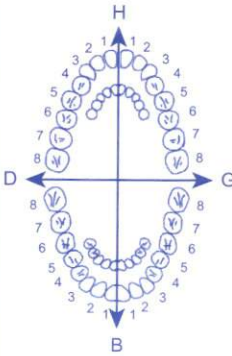
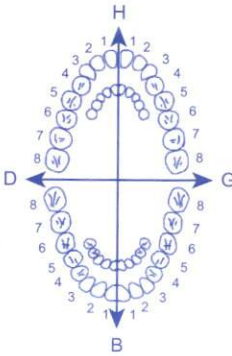
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
						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

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° CIN : A9842

Contrat n° : 004.1997.00000095-02

Ste contractante : ATLANTASANAD CADRES RETRAITES

Adhésion n° : 00001041

Adhérent(e) : LAOUFIR SIF-EDDINE

Soin du : 08/12/2022

Malade : Lui même

Déclaré le : 01/01/2023

Sinistre n° : 040.2022.00818166

Numéro RIB :

Date décision :

Reçu le : 14/12/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) /Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*) Pharmacie	33.00	33.00	0.00	90.00	0.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	90.00	270.00
Totaux	333.00	33.00	300.00		270.00

Dossier n° :

Règlement compagnie (Dhs)

270.00

Observation(s) :

(*) Médicament NR/SERUM PHYSIO

Signature Adhérent(e)

Docteur Mohammed Amine BENNANI

OPHTALMOLOGIE
Diplômé de l'Institut Universitaire
BARRAQUER - BARCELONE

Maladies et Chirurgie des Yeux

*Glaucome - Cataracte - Ophtalmo-pédiatrie - Chirurgie réfractive
(Myopie - Hypermétropie - Astigmatisme - Presbytie)*

Casablanca, le jeudi 8 décembre 2022

Patient : **Monsieur LAOUFIR Sif-Eddine**

SERUM PHYSIOLOGIQUE UNIDOSES 0.9% / matin et soir,

33,00



Bd Massira Khadra, Rue Ibnou Babek n° 7, Quartier Racine, 20100 Casablanca
Tél : 0522.36.20.00 / 0522.36.20.02, E-mail : mariophta@gmail.com

NOM et Prénom du malade LAOUFIR SIF - GONDI Age : Ans
 Nature de la maladie Apht 22
 En cas d'Accident (Causes et Circonstances)



CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION

Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'Et. hospitalier
08 DEC 2022	es	300	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Dates	Montant	Cachet du Pharmacien
08/12/22	33,00	

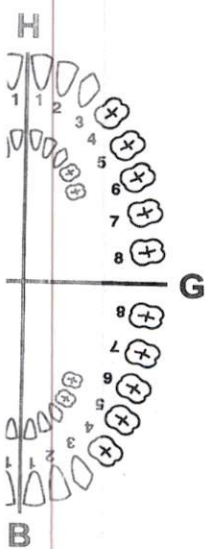
ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien

ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX

Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien

SOINS ET PROTHESE DENTAIRE



nt de prothèse
l'être soumis à
la Compagnie.

vée au contrôle

☐ DEVIS

Etabli le

☐ TRAITEMENT

Commencé le
Terminé le

SOINS

Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient

PROTHESE

Prothèse mobile - Couronne - dent
☐ Création ☐ Remontage ☐ Adj.

Montant des soins

DH

Montant de la prothèse

DH

Cachet et Signature du praticien
(s'il s'agit d'un devis)

Cachet et Signature du praticien

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

indispensable d'établir une déclaration
une et par maladie.

ivement recommandé à l'adhérent
r une photocopie de ses dossiers
avant leur envoi à la Compagnie
boursement.

aration maladie doit être entièrement
ement remplie et doit être accom-
e toutes les pièces justificatives des
gés :

ance médicale,
spectus & vignettes ou PPV des
ents,
onnances prescrivant les examens
ques et/ou biologiques ainsi que
iltats,

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

de soins ou de prothèse dentaires, le
taillé des actes pratiqués, leur coeffi-
il que les numéros et positions des
tées.

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

de demande de prise en charge, faire
per le devis d'hospitalisation d'un pli
el justifiant ladite hospitalisation et
les soins et traitement envisagés ainsi
et examen de diagnostic.

omus à l'accord préalable de la
ie : la prothèse dentaire, les extrac-
tuples de plus de 8 dents, les soins
(laser ... etc.) et les soins en série
, reéducation ... etc.).

e la personne malade bénéficie
régime de prévoyance, l'assuré
rettre à la Compagnie l'original du
de remboursement délivré par

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, complé-
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
rectification et d'opposition au traitement de vos données personnelles.

CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion

AtlantaSanad

Date de

Dépôt du dossier

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

Cachet Contractante

A remplir par l'assuré

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

LAOUAR STEPHANE

N° CIN

ASB42

Nom et prénom du malade

la même

Lien de parenté

Date des soins

08.12.2012

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

333,00DH

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 :

deposé
le 9.12.22