

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0040768

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6042 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENABDOUZZIK KARIMA
 Date de naissance : 29-11-60
 Adresse :
 Tél. : 0661100848 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

Nature de la maladie : ☐ Conjoint ☐ Enfant

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

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 : CASABANCA Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

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

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
tement remplie et doit être accom-
e toutes les pièces justificatives des
gés :

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

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

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

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

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

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

ie la personne malade bénéficie
e régime de prévoyance, l'assuré
mettre à la Compagnie l'original du
e 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.



AtlantaSanad
ASSURANCE



AS0001806409/20

CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion

AtlantaSanad

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

Date de
Dépôt du dossier

Cachet Contractante

A remplir par l'assuré

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

LAOUFIR SIF EDDINE

N° CIN A 9842

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

Moi même

Date des soins

28.11.2022

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

1169,500M

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° règlement : 2023002912

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 : 28/11/2022

Malade : Lui même

Déclaré le : 01/01/2023

Sinistre n° : 040.2022.0079892

Numéro RIB :

Date décision : 12/12/2022

Reçu le : 07/12/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
RADIOLOGIE	280.00	0.00	280.00	90.00	252.00
Pharmacie	589.50	0.00	589.50	100.00	589.50
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	90.00	270.00
Totaux	1 169.50	0.00	1 169.50		1 111.50
Règlement compagnie (Dhs)					1 111.50

Dossier n° :

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)