

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.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0025001

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3503

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

N. Ajeddine A. B. de Khader

Date de naissance :

01.1.1948

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 :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

Age :

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA

Le : 15 / 02 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :



AtlantaSanad
ASSURANCE

N° règlement : 2023007569

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2020.00000036-01

Adhésion n° : 00000192

Malade : Lui même

Numéro RIB :

Ste contractante : SOCIETE CENTRALE DE REASSURANCE

Adhérent(e) : LIDRISSI KHADIJA

Déclaré le : 01/01/2023

Soin du : 29/11/2022

Sinistre n° : 040.2022.00831649

Date décision : 20/12/2022

Reçu le : 16/12/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	400.00	0.00	400.00	90.00	360.00
Pharmacie	2 661.60	0.00	2 661.60	90.00	2 395.44
Totaux	3 061.60	0.00	3 061.60		2 755.44
Règlement compagnie (Dhs)					2 755.44

Dossier n° :

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

A REMPLIR PAR LE MEDECIN
 NOM et Prénom du malade : Lidson Shady Age : _____ Ans
 Nature de la maladie : Alc
 En cas d'Accident (Causes et Circonstances) : _____

DETAIL DES SOINS

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION				EXECUTION DES ORDONNANCES			
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'Et. hospitalier	Dates	Montant	Cachet du Pharmacien	
2022	30/06/2022	400071		29/11/22	2661,60		
				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 DENTAIRES

Etabli le

○ TRAITEMENT

Commencé le

Terminé le

S O I N S

[illegible]

Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons
☐ Création ☐ Remontage ☐ Adjonction

Partie réservée au contrôle

Montant des soins

DH

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

Montant de la prothèse

DH

Cachet et Signature du praticien
attestant l'exécution et la paiement des
soins (et ou) de la prothèse



AtlantaSanad
ASSURANCE



AS0002290398/20

CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- 1 Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
- 2 Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
- 3 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 PPV 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 pratiqués 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 pratiqués, 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.
- 4 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.
- 5 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.).
- 6 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.
- 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 présentation chaque année d'un certificat de scolarité.
- 9 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.
- 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 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).
- 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. Ce traitement a été autorisé par la CNDP sous le n° A-A-101/2014

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion
AtlantaSanad

SCR

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)

N° CIN

Nom et prénom du malade

LIDRISSI Khadija

Lien de parenté

Date des soins

29/11/2022

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

3.061,60

Lidri

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 :

LIDRISSI Khadija

Matricule :

CIN : B90319

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

192

Frais exposés : 3.061,60 dh

Date de dépôt :

12/12/2022

N° de sinistre :

Numéro de bordereau :

Date des soins : 29/11/22

(si ouverture par système)



AS0002290398/20

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

Echo Doppler Couleur - Holter

الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية

خريج كلية الطب بباريس

فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان



Patient: *U. Hissi*

Casablanca, le

29 NOV 2011

Trois (03) Mois

Traitement de

56,80x2 *Aldactone* **S.V.**

Traitement de
Trois (03) Mois
1/2 g lundi matin
et vendredi
Deurenol 10 **S.V.**

72,00x2 1/2 e 1/2
Xarelto 20 **S.V.**

314,00
629,00x3
Traitement
Trois (03) Mois
1 g matin
liophtyne **S.V.**
1 g/2 jour

356, زنقة مصطفى المعاني (قرب زنقة أكادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetsoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922

Ingrédients - 1's
25,00 129 lebu

Traitement de
Trois (03) Mois

~~Dr. Saïd SOULAMI~~
~~Pro. seur de Cardiologie~~
~~35b, Rue Mostafa El Mami~~
~~Tél.: 22.18.84/26.13.36 - CASA~~

D cure forte 1's

49,60 x 2

2 boites
1 sup à Bone/157
2661,60

Pharmacie Azza El Aoud
Azza El Aoud
Distributeur en Pharmacie
101, Bd Bourguiba
Tél: 05 22 49 21 71 / 72
Fax: 05 22 26 19 18

LIDRISSI, KHADIJA
ID:
D-naiss:
Dans,

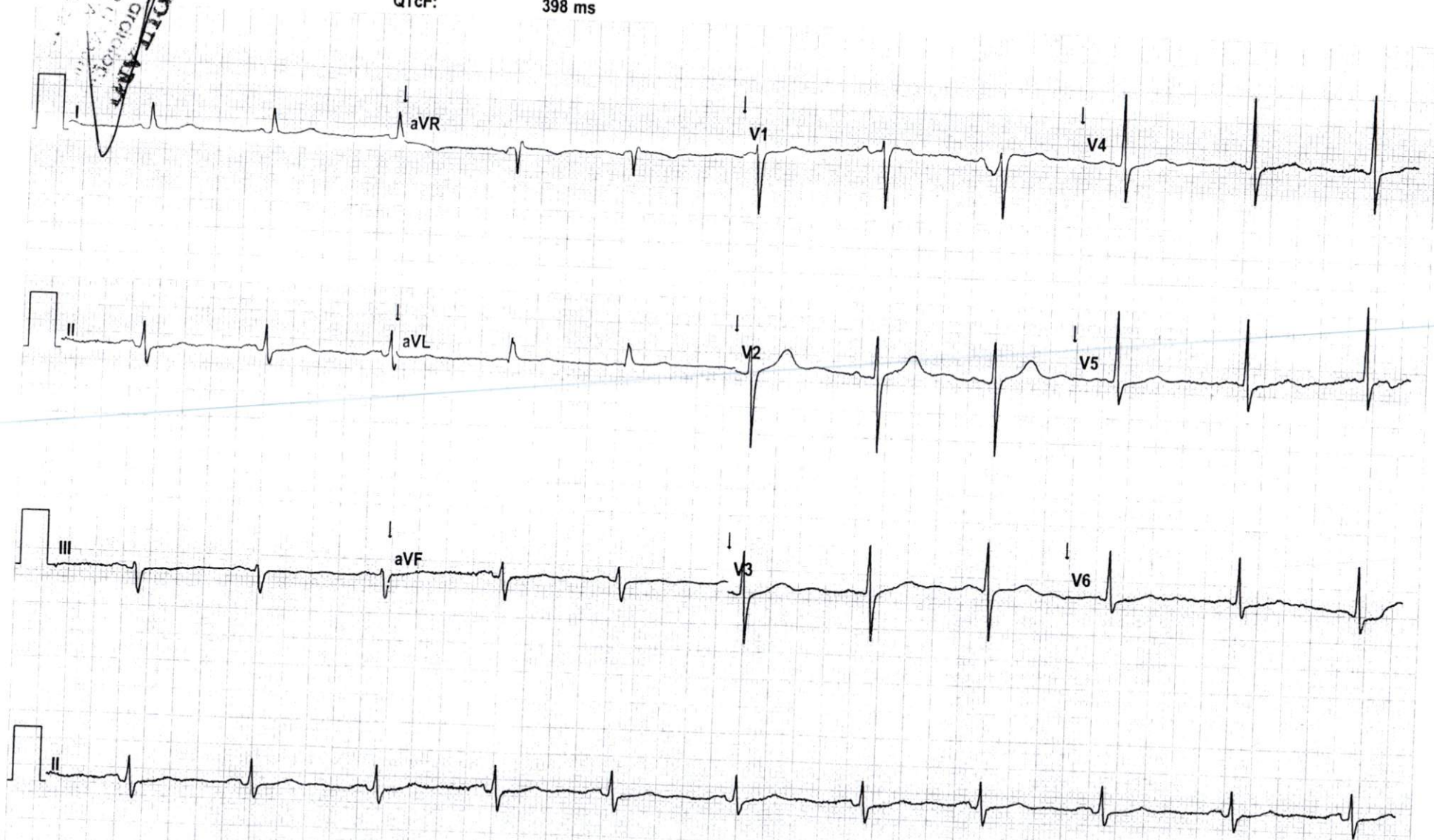
29-Nov-2022 02:59:43

Fréq.Card: 66 BPM
Int PR: 165 ms
Dur.QRS: 93 ms
QT/QTc: 385 / 398 ms
Axes P-R-T: 55 -10 32
Moy RR: 904 ms
QTcB: 404 ms
QTcF: 398 ms

RYTHME SINUSAL
ECG NORMAL

ATTENTION: LA QUALITE DES DONNEES PEUT INFLUENCER L'INTERPRETATION

Non confirmé



Site Zero

Site # 0 App.# 0 ELI Link 4.11.6.0 Séquence # 45172 25mm/s 10mm/mV 0.05-300 Hz