

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-809455

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11178 Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUTALEB ALI
 Date de naissance : 12.08.68
 Adresse : Casablanca
 Tél. : 0662781440 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 :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 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 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 la myopie 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



AtlantaSanad
ASSURANCE

AS0000926490/20

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)

N° CIN

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

Date des soins

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

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 : Date des soins :

(si ouverture par système)

NOM et Prénom du malade : Camille Salwa Age : 1 Ans
Nature de la maladie : Albun. général + vertige sur Kc des reins avec TV
En cas d'Accident (Causes et Circonstances) : _____

[illegible]

Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.

<input type="radio"/> DEVIS Etabli le				<input type="radio"/> TRAITEMENT Commencé le Terminé le	
S O I N S				P R O T H E S E	
Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction	
Partie réservée au contrôle				Montant de la prothèse DH	
Cachet et Signature du praticien (s'il s'agit d'un devis)				Cachet et Signature du praticien attestant l'exécution et la paiement des soins (et ou) de la prothèse	



FACTURE N° 2302063115
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 06/02/2023

INPE : 093002574

Mme Salwa GANNOUNE

Demande N° 2302063115

Récapitulatif des analyses
Analyse
Prise de sang Adulte
Chlore Cholestérol total
Créatinine
Ferritine
Glycémie
Hémoglobine glycosylée
Cholestérol HDL +LDL
Numération Formule (Globules rouges/Blancs/plaquettes)
Triglycérides
TSH
Urée
Vitamine D
INDICE QUICKI (HN*)
Insuline à jeun
T3 Libre
T4 libre (FT4)

Total des B : 2460

Arrêtée la présente facture à la somme de : * **3592 DH** *

trois mille cinq cent quatre-vingt-douze dirhams

*(HN) = analyse hors nomenclature



C



Dr. Mohamed Aziz BENGELLOUN

MEDECINE GENERALE

RÉÉDUCATION ALIMENTAIRE

Casablanca, le **03/02/2023** ، دار البيضاء في

الدكتور م
Mme GANNOUNE Salwa
F 01-07-1973BK99929

ن
Date/Heure
2302063115

Prélevéuse:
C, CR, CTRL, FERR, G, HBA, HDL, LDL, HOMA

PRELEVEMENT

Mme Salwa GANNOUNE

FAIRE

- + NFS
- + FERRITINÉMIE
- + TSHus, T3, T4
- + VITAMINE D
- + URÉE, CRÉATININE
- + Hb A1c
- + GLYCÉMIE À JEUN
- + INDICE HOMA
- + CHOLESTÉROL TOTAL, HDL, LDL
- + TRIGLYCÉRIDES



Dr. Mohamed Aziz BENGELLOUN
OMNIPRATICIEN
Rue Mawlid 4 Bd. Abdelmoumen
Casablanca
Tél: 0522 23 64 97 0522 99 40 33

إقامة المولد 4 زاوية شارع عبد المومن و شارع أنوال - الطابق الأول شقة رقم "أ 11" - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 23 64 97 / 05 22 99 40 33
Résidence " Al Mawlid 4" Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual 1er Etage Appt "A11" - CASABLANCA - Tél.: 05 22 23 64 97 / 05 22 99 40 33
البريد الإلكتروني : drazizbengelloun@hotmail.com - الفاكس : 05 22 23 64 97 - Fax

Dr. Mohamed Aziz BENGELLOUN

MEDECINE GENERALE
RÉÉDUCATION ALIMENTAIRE

الدكتور محمد عزيز بنجلون

الطب العام
علاج السمنة

Casablanca, le 09/02/2023 الدار البيضاء في

Mme Salwa GANNOUNE

1. ALFLOREX

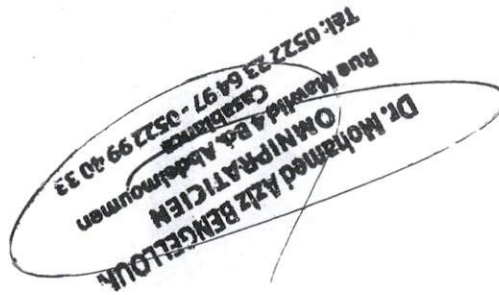
1 gélule/jour le matin à jeun pendant 2 mois

2. D-CURE FORTE 100 000 UI (03 boites)

1 ampoule/ 15 jours pendant 04 mois

3. TARDYFERON 80

1 comprimé/jour au milieu du repas pendant 4 mois



إقامة المولد 4 زاوية شارع عبد المومن و شارع أنوال - الطابق الأول شقة رقم "أ 11" - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 23 64 97 / 05 22 99 40 33
Résidence " Al Mawlid 4" Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Anoual 1er Etage Appt "A11" - CASABLANCA - Tél.: 05 22 23 64 97 / 05 22 99 40 33
البريد الإلكتروني : E-mail : dralizbengelloun@hotmail.com - الفاكس : Fax : 05 22 23 64 97



AtlantaSanad
ASSURANCE

N° règlement : 2023048659
N° chèque : 506610156
Contrat n° : 0197.4501.801050-00
Adhésion n° : 00000002 /Mle:2
Malade : Lui même
Numéro RIB :

DECOMPTÉ DES PRESTATIONS MALADIE

Ste contractante : F2M PLASTICS
Adhérent(e) : SALWA GANNOUNE*
Déclaré le : 14/02/2023
Soin du : 03/02/2023
Sinistre n° : 040.2023.00050821
Date décision : 16/02/2023
Reçu le : 13/02/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) /Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
(*) Pharmacie	800.80	490.00	310.80	80.00	248.64
CONSULTATION DE SPECIALISTE	200.00	0.00	200.00	80.00	160.00
BIOLOGIE MEDICALE	3 592.00	0.00	3 592.00	80.00	2 873.60
Totaux	4 592.80	490.00	4 102.80		3 282.24
Dossier n° : AS0000926490/20 Règlement compagnie (Dhs)					3 282.24

Observation(s) :

(*) ALFLOREX X2 NON REMBOUSABLES

Signature Adhérent(e)