

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

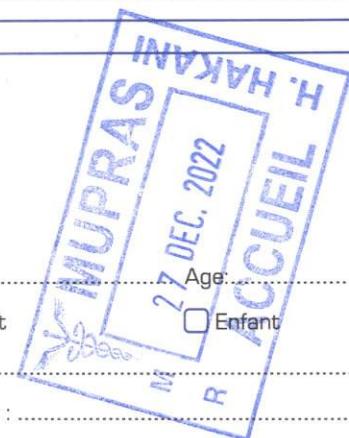
Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	63721	Société :	RAN
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		Benchekroun Farida	
Date de naissance :		17/05/1952	
Adresse :		3 Rue 7d Al-l-Ben Abdellah	
Tél. :		07.07.65.68.76 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 : .....

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 : 27/12/22

Signature de l'adhérent(e) : 

## RELEVE 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 - RADIOPHGRAPHIQUES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	

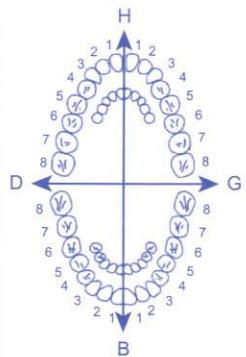
## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Cœfficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION



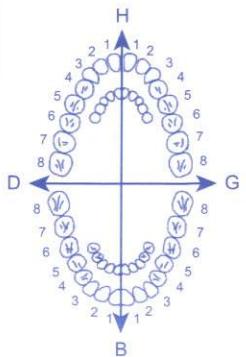
**O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G	00000000	00000000

**DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553
G	00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

indispensable d'établir une déclaration  
écrive et par maladie.

est vivement recommandé à l'adhérent  
de faire une photocopie de ses dossiers  
en ayant leur envoi à la Compagnie  
remboursement.

lordonnance maladie doit être

et doit être accompagnée des pièces justificatives des soins

acte médical,

especes & vignettes ou PPV des

amments,  
ordonnances prescrivant les examens cliniques et/ou biologiques ainsi que

as d'hospitalisation, la facture clinique  
mentionnant la nature et éventuelle-  
tation des actes pratiqués accom-  
mées d'honoraires, du détail de la  
factures annexes ... etc.

s de soins ou de prothèse dentaires, le  
alité des actes pratiqués, leur coeffi-  
cient que les numéros et positions des

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

as de demande de prise en charge, faire  
concernant le droit d'hospitalisation d'un pli  
l'attentant l'admission hospitalisation et  
de soins et traitement envisagés ainsi  
que scannage de diagnostic

concernant à l'accord préalable de la  
générale : la prothèse dentaire, les extra-  
multiples de plus de 8 dents, les soins  
(tuber ... etc) et les soins en série  
reéducation ... etc ).

que la personne malade bénéficie  
du régime de prévoyance, l'assuré  
communique à la Compagnie l'original du  
preuve remboursement délivré par  
l'assureur de base et la photo-

à chaque changement de situation (mariage,  
divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra  
communiquer à la Compagnie le document  
justifiant ce changement.

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.

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.

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.

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 prestations).

Toute réclamation, toute demande de  
complément d'information doivent être  
transmises à la Compagnie dans un délai de  
deux mois.

Les pièces justificatives des frais engagés transmis  
à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

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 ..... Date de .....  
AtlantaSanad Dépôt du dossier

Cachet Contractante

Numéro de bordereau .....

Matricule de l'assuré ..... 188

N° de police / N° de filiale ..... 06/109

Numéro de Sinistre .....

(si ouverture par système)

### A remplir par l'assuré

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

BENKIRANE HAMID

N° CIN

CMS756

Nom et prénom du malade

BENKIRANE HAMID

Lien de parenté

Moi même

Date des soins ..... 19/12/2012

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés ..... 3400,-

### Cadre réservé à Atlantasanan

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : BENKIRANE

Matricule : 188 CIN :

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion : 06/109

Frais exposés : 3400,- dh

Date de dépôt : ..... / ..... / .....

N° de sinistre : .....  
(si ouverture par système)

Numéro de bordereau : ..... Date des soins :



AS0002090584/20

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade

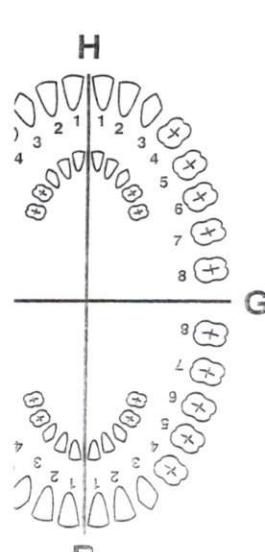
#### Nature de la maladie

#### **En cas d'Accident (Causes et Circonstances)**

Ans

## DETAIL DES SOINS

## SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



tivement de prothèse  
l'abord être soumis à  
ord de la Compagnie.

vacances soins

### Montant de la récompense

DH

Caches, Signals and Preemptible Test-and-Execution - 1996

*Dr. Salah Eddine Mairouf*  
CES de RHUMATOLOGIE  
Médecine Manuelle et Osteopathie  
Echographie Osteoarticulaire  
Rhumatisme, Maladies des os,  
des Articulations, de la colonne vertébrale,  
des muscles et des pieds  
Diplômé de la faculté de  
Médecine de Marseille  
Ex Attaché au C.H.U de Montpellier

- الدكتور سالم الدين المعاوسي
- خريج كلية الطب بمرسيليا
- ملحق سابق بمستشفيات مونبولي
- اختصاصي في أمراض العظام، المفاصل
- العمود الفقري، العضلات و الأرجل
- علاج العمود الفقري و المفاصل
- بالتطبيب اليدوي
- الفحص بالصدى للجهاز الحركي

Casablanca, le: ..... 19/10/2022

MR BENKIRANE HAMID

$g_{\sigma_1} \sim$

- Myantalgic - comprimé  
1 - 1- 0 ( 3 btes )

1 30, n x 3

~~N 120 1709~~

~~SSA Blue Cross Blue Shield  
NURSE BENNETT  
PHARMACEUTICALS~~

*Dr. Salah Eddine MAAROUFI*  
RHUMATOLOGUE  
124, Bd. La Liberté - Casablanca  
Tel. 05-22309154 - 05 22 54 29

0808.53.09.58 - 0522.30.91.54 - شارع الحرية . الدار البيضاء . الهاتف: 124  
124, Boulevard de la Liberté - Casablanca - Tél: 0522.30.91.54 - 0808.53.09.58



AtlantaSanad  
ASSURANCE

N° règlement : 2022140885

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Adhésion n° : 00000188

Malade : Lui même

Numéro RIB :

## DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

Ste contractante : MAROC LEASING RETRAITES

Adhérent(e) : \*BENKIRANE HAMID Soin du : 19/10/2022

Déclaré le : 01/11/2022 Sinistre n° : 040.2022.00696845

Date décision : 02/11/2022

Reçu le : 28/10/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	90.00	0.00	90.00	85.00	76.50
CONSULTATION DE SPECIALISTE	250.00	0.00	250.00	85.00	212.50
<b>Totaux</b>	<b>340.00</b>	<b>0.00</b>	<b>340.00</b>		<b>289.00</b>

Dossier n° : AS0002090584/20

Règlement compagnie (Dhs)

**289.00**

Observation(s) :



S\_D\_202251680-  
1-1\_R-2

Signature Adhérent(e)

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : BEPKIR PLANE

N° de police / N° de filiale :

Frais exposés : 340,- dh

N° de sinistre :

(si ouverture par système)

Matricule : 118 CIN :

Numéro d'adhésion : 061103

Date de dépôt : 25 OCT. 2022

Numéro de bordereau : AS0002090584 Date des soins :



**AS0002090584/20**