

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.



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0041610

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 63721 Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Benchebrah Ferah

Date de naissance : 17/05/1952

Adresse : 3 Rue 12 Abil en

Tél : 0707456876 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 : 27/12/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

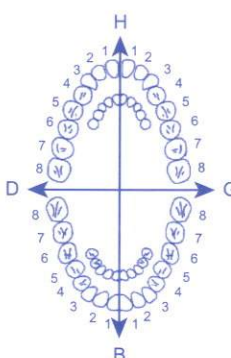
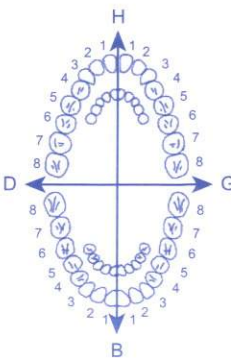
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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	
				<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DEBUT D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">FIN D'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: right;">COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">MONTANTS DES SOINS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DU DEVIS</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: right;">DATE DE L'EXECUTION</div> <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/> </div>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

indispensable d'établir une déclaration
signée et par maladie.

Il est vivement recommandé à l'adhérent
de joindre une photocopie de ses dossiers
avant leur envoi à la Compagnie
d'emboursement.

La déclaration maladie doit être
complétée et doit être accom-
pagnée des pièces justificatives des
soins.

Les pièces justificatives sont :
la feuille médicale,
le prospectus B, Aligettes ou PPV des
examens,

les ordonnances prescrivant les examens
logiques et/ou biologiques ainsi que
les résultats,

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

Les soins ou de prothèse dentaires, le
détail des actes pratiqués, leur coeffi-
cient, les numéros et positions des
dentures.

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

Les actes de demande de prise en charge, faire
mentionner le détail d'hospitalisation d'un pli
contenant la liste hospitalisation et
le détail des soins et traitements envisagés ainsi
que les soins de diagnostic.

Les soins à l'accord préalable de la
Compagnie : la prothèse dentaire, les extrac-
tions multiples de plus de 8 dents, les soins
de base ... etc.) et les soins en série
de rééducation ... etc.).

Que la personne malade bénéficie
d'un régime de prévoyance, l'assuré
doit remettre à la Compagnie l'original du
procès-verbal de remboursement délivré par
l'Assureur de base et la photo-
copie de la

① A chaque changement de situation (mariage,
divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra
communiquer à la Compagnie le document
justifiant ce changement.

② 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.

③ 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.

④ 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.

⑤ 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).

⑥ Toute réclamation, toute demande de
complément d'information doivent être
transmises à la Compagnie dans un délai de
deux mois.

⑦ Les pièces justificatives des frais engagés transmis
à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

⑧ 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

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)

BENKIRANE HAMID

N° CIN

C 115756

Nom et prénom du malade

BENKIRANE HAMID

Lien de parenté

Moi même

Date des soins

19/10/2012

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

340,00

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 :

BENKIRANE

Matricule : 118

CIN :

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion : 06/109

Frais exposés : 340,00 dh

Date de dépôt : / /

N° de sinistre :

Numéro de bordereau : Date des soins :

(si ouverture par système)



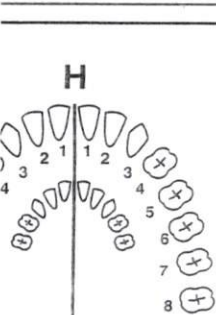
AS0002090584/20

Ans

DETAIL DES SOINS

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION				EXECUTION DES ORDONNANCES			
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de Et. hospitalier	Dates	Montant	Cachet du Pharm. ou du Laboratoire	
19/11/22	22	259,00		19/11/22	90,-		
				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



H

G

B

<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	
Montant des soins DH				Montant de la prothèse DH	
Cachez le devis (à remettre au praticien)				Cachez le Signalement (à remettre au patient)	

Le devis doit être soumis à l'approbation de la Compagnie.

Dr. Salah Eddine Maïroufi

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 صلاح الدين الماروفي

خريج كلية الطب بمرسيليا

ملحق سابق بمستشفيات مونتبولي

إختصاصي 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

901

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

1 30, ~ x 3)

N 1120 1709

PHARMACIE OLIVIER
NABESSE BENNANI
0522 27 36 63
55A Rue de la Liberté - Casablanca

Dr. Salah Eddine MAIROUFI
RHUMATOLOGUE
124, Bd. la Liberté - Casablanca
Tél : 05 22 30 91 54 - 05 22 54 29

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

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2022140885

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Adhésion n° : 00000188

Malade : Lui même

Numéro RIB :

Ste contractante : MAROC LEASING RETRAITES

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Déclaré le : 01/11/2022

Soin du : 19/10/2022

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
Totaux	340.00	0.00	340.00		289.00
Dossier n° : AS0002090584/20 Règlement compagnie (Dhs)					289.00

Observation(s) :


 S_D_202251680-
 1-1_R-2

Signature Adhérent(e)

7

N° DECLARATION

Nom de l'assuré :

BERKANE

Matricule :

118

CIN :

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

06/109

Frais exposés :

340,00

dh

Date de dépôt :

29 OCT. 2022

Date des soins :

N° de sinistre :

(si ouverture par système)

Numéro de bordereau :

DEPARTEMENT
Nawfal BOULAAKOU



AS0002090584/20