

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Nº P19-
co mlemer 068858

Maladie

Dentaire

188294

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule 03721

Société RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom Benchekroun Farida

Date de naissance 17/05/1952

Adresse 3 Rue Mohamed Abdine cessa

Tél. 07 656876

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Benhira Benhassan 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 : Casablanca Le : 26/02/2020

Signature de l'adhérent(e) : K. apsler

Le : 26/02/2020

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 - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	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	Coefficient	Coefficient des Travaux				
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, D, G pour les quadrants.				MONTANTS DES SOINS				
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, D, G pour les quadrants.				DEBUT D'EXECUTION				
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, D, G pour les quadrants.				FIN D'EXECUTION				
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, D, G pour les quadrants.				Coefficient des Travaux				
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, D, G pour les quadrants.				MONTANTS DES SOINS				
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, D, G pour les quadrants.				DATE DU DEVIS				
Diagramme d'Odontogramme (ODF) avec numérotation 1 à 8 pour les dents et lettres A, B, D, G pour les quadrants.				DATE DE L'EXECUTION				
DETERRMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
<table border="1"> <tr> <td>H 25533412 00000000</td> <td>G 21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>B 00000000 35533411</td> <td>D 00000000 11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 00000000 35533411	D 00000000 11433553	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
H 25533412 00000000	G 21433552 00000000							
B 00000000 35533411	D 00000000 11433553							

N° règlement : 2024008595

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Adhésion n° : 00000188

Malade : Lui même

Numéro RIB :

AtlantaSanad
DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE
ASSURANCE

Ste contractante : MAROC LEASING RETRAITES

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID Soin du : 17/11/2023

Déclaré le : 01/01/2024 Sinistre n° : 040.2023.00668021

Date décision : 04/12/2023

Reçu le : 28/11/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	351.10	0.00	351.10	85.00	298.44
CONSULTATION DE SPECIALISTE	200.00	0.00	200.00	85.00	170.00
Totaux	551.10	0.00	551.10		468.44
Dossier n°	AS0002090582/20	Règlement compagnie (Dhs)			468.44

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)



S_D_202359606-1
1_R-2

Dr Nezha Mernissi

Médecine Générale

DU. Echographie Générale Paris V

58, Rue El Mortada - Casablanca
Tél. : 05 22 25 13 44 / 05 22 98 33 55

Patente : 34771846

ICE : 001717920000008

الدكتورة نزهة المريسي

الطب العام

دبلوم في الإيكوغرافيا العامة

58، زنقة المرتضى - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 33 55 / 05 22 25 13 44

Messagerie : 06 36 07 66 62

17 NOV. 2023
Casablanca, le :

9^e BENKIRANE HANID.

126, 3^e

- Augmentis 1g

15

47, 8^e

l sacht x 2 | w e l e 6,

- Dosen.

15

Mo, w

2 pds x 2 | w e l e 6,

21, w

- Tetanex

2 pds x 2 | w e l e

- Polery Ad ou Raphon

15

46, w

J u m p a c x 3 |

- Stimol

J a u p x 2 | w e l e

Docteur Nezha Mernissi
Médecine Générale
58, Rue El Mortada - Palmier
Casablanca
Tél : 0522 25 13 44 / 0522 98 33 56

LOT: 0464
PER: 09 2026
PPV: 46.00DH

35/11/2023



AtlantaSanad
ASSURANCE

AS0002090582/20

**RECOMMANDATIONS GENERALES
POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**

- ❶ Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
 - ❷ Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
 - ❸ 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 .
 - ❹ 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.
 - ❺ 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.).
 - ❻ Lorsque la personne malade bénéfice 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 photo-copie du dossier.
 - ❽ A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.
 - ❾ 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.
 - ❿ 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.
 - ⓫ 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.
 - ⓬ 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).
 - ⓭ Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.
 - ⓮ Les pièces justificatives des frais engagés transmises à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.
 - ⓯ 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 CNPD sous le n° A-A-101/2014

CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion Date de
AtlantaSanad Dépôt du dossier

Numéro de bordereau

Cachet Contractante

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

A remplir par l'assuré

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

N° CIN C15756

BENKIRANE HAMID

Nom et prénom du malade

BENKIRANE HAMID

Lien de parenté

NOI MENE

Date des soins

17/11/2013

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

551,10

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 : 06/109

Numéro d'adhésion :

Frais exposés : 551,10 dh

Date de dépôt : 24/11/2013

N° de sinistre :
(si ouverture par système)

Numéro de bordereau : Date des soins :



NOM et Prénom du malade

Nature de la maladie

Nature de la maladie

En cas d'Accident (Causes et Circonstances)

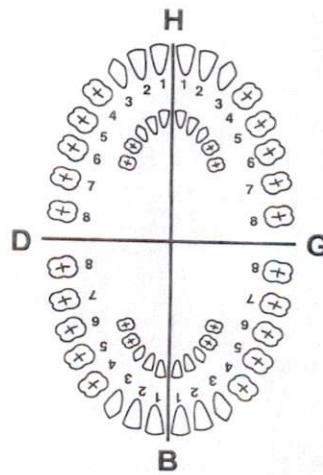
A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

.. Age :

- A

DETAIL DES SOINS

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



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

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : GÉN KARANT Matricule : AFM 0188 CIN :

N° de police / N° de filiale : 061109 Numéro d'adhésion :

Frais exposés : 551,00 dh Date de dépôt : 21 NOV. 2023

N° de sinistre : Numéro de bordereau : Nawfal BOULA AKOUL Date des soins :

(si ouverture par système)



AS0002090582/20