

# 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.

**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



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 042018

complément

188293

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03721

Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Ben Hekroun Farida

Date de naissance : 17/05/1933

Adresse : 3 rue / 12 / ALDERE Casablanca

0707456376

0707456376

Tél. : 0707456376 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Bankirane

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 : 26 / 12 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : Farida

2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ 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

AM    PC    IM    IV

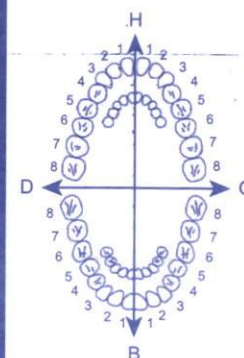
### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

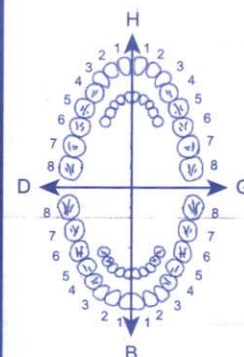
H  
25533412 21433552  
00000000 00000000  
D 00000000 00000000 G  
35533411 11433553  
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(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





AtlantaSanad  
ASSURANCE



AS0002090581/20

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 :

Date de dépôt :

N° de sinistre :

Numéro de bordereau :

Date des soins :

(si ouverture par système)



AS0002090581/20



NOM et Prénom du malade BENKURTOU Hamid Age : 1953 Ans  
Nature de la maladie Plastie urinaire  
En cas d'Accident (Causes et Circonstances) \_\_\_\_\_

[illegible]



Docteur **BENCHEKROUN DRISS**

DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE TOULOUSE

**CARDIOLOGUE**

DIPLOME D'ETUDES SPÉCIALES  
DE CARDIOLOGIE

Maladies du Cœur et des Vaisseaux

SUR RENDEZ-VOUS

الدكتور بن شقرون ادريس

خريج كلية الطب بتولوز

اختصاصي في أمراض القلب

والشرايين

بالميعاد

09 NOV. 2023

Casablanca, le ..... الدار البيضاء في

PHARMACIE OLIVERI  
Narjisse BENNANI  
55A Rue Othman Bnou Affen Casablanca  
Tél: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 62

M Benkintare  
Hamid  
(74.8 x 3) (S.V)

233.4  
Sol. w Cardene 1,25 14  
Brestor 10 14 (167 x 3) (S.V)  
83.7 Cardiorespume 100 14 (277 x 3) (S.V)  
68.9 Fludex 1,5 14 / 2 fois / semaine (S.V)

trait de 3 mois à R

159.4  
Zithromax 500 (200) 79.7 x 2  
45.9 14 (153 x 3) (S.V)  
Dolepiane 500 ge (300) (S.V)  
14 x 21

إقامة بن عمر - زنقة بن النفيس عمارة ب - المعاريف - الدار البيضاء

RÉSIDENTE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MAAIRIF - CASABLANCA

TÉL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25

Email : benchekroundriss@hotmail.com

Dr BENCHEKROUN DRISS  
Cardiologue  
RÉS. BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MAAIRIF - CASABLANCA  
TÉL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25  
Email : benchekroundriss@hotmail.com

BENCHEKROUN DRISS  
Cardiologue  
RÉS. BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MAAIRIF - CASABLANCA  
TÉL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25  
Email : benchekroundriss@hotmail.com



53.7

(26.9.2021)

Vitamine C 1000

(266g)

(S.V)

1145,50

1911

Dr BENCHEKROUN DRISS  
Cardiologue  
RES. MED. OMAR - RUE DES ANPES - IMM. 29  
MAJESTE-CASABLANCA 11111 - TEL: 0522 222217  
HYPOTHEQUE 054021518

PHARMACIE OLIVIER  
Nathalie BENMANI  
55A, Rue Othman Brou Affin Casablanca  
Tél: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 62





# AtlantaSanad

ASSURANCE

N° règlement : 2024005354

## DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Ste contractante : MAROC LEASING RETRAITES

Adhésion n° : 00000188

Adhérent(e) : \*BENKIRANE HAMID

Soin du : 09/11/2023

Malade : Lui même

Déclaré le : 01/01/2024

Sinistre n° : 040.2023.00649860

Numéro RIB :

Date décision : 27/11/2023

Reçu le : 21/11/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	350.00	0.00	350.00	85.00	297.50
Pharmacie	1 145.50	0.00	1 145.50	85.00	973.67
Totaux	1 495.50	0.00	1 495.50		1 271.17
Dossier n° : AS0002090581/20 Règlement compagnie (Dhs)					1 271.17

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)



S\_D\_202358186  
1-2\_R-2



° DECLARATION

nom de l'assuré : BEN

N° de police / N° de filiale :

Frais exposés : 1495 dh

N° de sinistre :

(si ouverture par système)

Numéro de bordereau



Matricule :

CIN :

Numéro d'adhésion :

Date de dépôt :

Date des soins :



AS0002090581/20