

# 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.

N° M21- 042018

complète

188293

Optique  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03721

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Ben Chekroun Farida

Date de naissance :

17/05/1973

Adresse :

3 Rue 721 AL ALCHEMIE CASA

Tél. : 0707456876

Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

18/12/2018

Age :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Lien de parenté :

Fait à : 20 DEC 2018

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 : 26/12/2018

Signature de l'adhérent(e) Farida

2023

## 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

## 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'ODP.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth. The teeth are arranged in two rows: upper teeth 1 through 8 on the right and lower teeth 1 through 8 on the left. The arch is positioned within a coordinate system. The vertical axis is labeled 'H' at the top. The horizontal axis is labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The horizontal axis is further divided into 'B' at the bottom and 'A' at the top. The teeth are numbered as follows: upper row (right) has teeth 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; lower row (left) has teeth 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. The diagram illustrates the concept of dental arches and their relationship to a coordinate system for orthodontic treatment planning.

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **(Création, remont, adjonction)**

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

Numéro de bordereau .....

Matricule de l'assuré ..... 188

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

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 ..... C115756

Nom et prénom du malade ..... BENKIRANE HAMID Lien de parenté ..... P.D. MÈRE

Date des soins ..... 14/05/2004 Signature de l'assuré

Montant des frais exposés ..... 1495

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 : ..... CIN : .....

N° de police / N° de filiale : 06/109 ..... Numéro d'adhésion : ..... 188

Frais exposés : 1495 dh Date de dépôt : 10/9/2004

N° de sinistre : ..... Numéro de bordereau : ..... Date des soins : .....  
(si ouverture par système)



AS0002090581/20

**A. REMPLIR PAR LE MEDECIN**

NOM et Prénom du malade

### Nature de la maladie

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

Age : 19 J 3 Ans

## DETAIL DES SOINS

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION

## EXECUTION DES ORDONNANCES

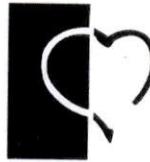
Dates	Montant	Cachet du Pharmacien
08/11/23	1145,80	<b>PHARMACIE OLIVERI</b> Najisse BENNANI 54 Rue Othmane Benou Alami Casablanca 36 57 0522 27 36 62

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX

Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien

Docteur BENCHEROUN DRRISS  
 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 شقرنون ادريس  
 خريج كلية الطب بتولوز  
اختصاصي في أمراض القلب  
والشرايين  
بالميدان

09 NOV. 2023

الدار البيضاء في

PHARMACIE OLIVERI  
 Nariisse BENNANI  
 SSA, Rue Othmane Benou Aftan Casablanca  
 Tel: 0522.27.36.57 / 0522.27.36.62

Casablanca, le .....

Dr Benkentare

Hamid

( 77,80 x 3 )

بن

233,4<sup>0</sup>  
 Candesrel 1,25 14<sup>0</sup> ( 14<sup>0</sup> x 3 )  
 501,0<sup>0</sup> Crestor 10 14<sup>0</sup> ( 167,00 x 3 )  
 83,1<sup>0</sup> Cardiosperme 100 14<sup>0</sup> ( 27,70 x 3 )  
 68,9<sup>0</sup> Fluadex 1,5 14 / 2 for 7 days  
 ( 14<sup>0</sup> x 2 )

Tract de 3 mois a R

189,4<sup>0</sup>  
 Zithromax 500 ( 200 ) 79,70 x 2  
 48,9<sup>0</sup> 14<sup>0</sup> ( 15,30 x 3 )  
 Doleipaque 500 ml ( 300 )  
 ( 14<sup>0</sup> x 2 )  
 ( S.V )  
 ( S.V )

إقامة بن طهر - زنقة بن النفيض عمارنة - الماريف - الدار البيضاء

RÉSIDENCE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MÄARIF - CASABLANCA  
 TÉL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCIE : 06.61.14.46.25

Email : bencherounriss@hotmail.com

Dr BENCHEROUN DRRISS  
 Cardiologue  
 Résidence Ben Omar - Rue Ibn Nafiss - Casablanca  
 Tél. : 0522.25.06.06 / 0522.23.22.67

53.20

(26.9.2023)

Vitamine C 1000

(2 ble)

(S.V)

1145,80  
Dr BENCHEKROUN DRISS  
Cardiologue  
RES. 0344 215 18  
MARIÉ CASABLANCA 2023  
BP 1145,80

1912

PHARMACIE OLIVERI  
Najisse BENBANI  
SSA, Rue Ottman Ben Ali Casablanca  
Tél: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 62



**AtlantaSanad**  
**DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE**

N° règlement : 2024005354

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Adhésion n° : 00000188

Malade : Lui même

Numéro RIB :

Ste contractante : MAROC LEASING RETRAITES

Adhérent(e) : \*BENKIRANE HAMID Soin du : 09/11/2023

Déclaré le : 01/01/2024 Sinistre n° : 040.2023.00649860

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	<b>1 495.50</b>	<b>0.00</b>	<b>1 495.50</b>		<b>1 271.17</b>

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 : BENI

N° de police / N° de filiale : 0  
N° de police / N° de filiale : 1491 dh

Frais exposés : 1491

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

Matricule :

CIN : .....

Numéro d'adhésion : .....

Date de dépôt : .....

Date des soins : .....

Numéro de bordereau .....



AS0002090581/20