

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.

M22- 0032094

complément

Maladie

Dentaire 19738A

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 03721

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bencharif Farida

Date de naissance :

17/05/1952

Adresse :

3 Rue N° 4 Bd. Cevada

Tél. : 070756876

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 :

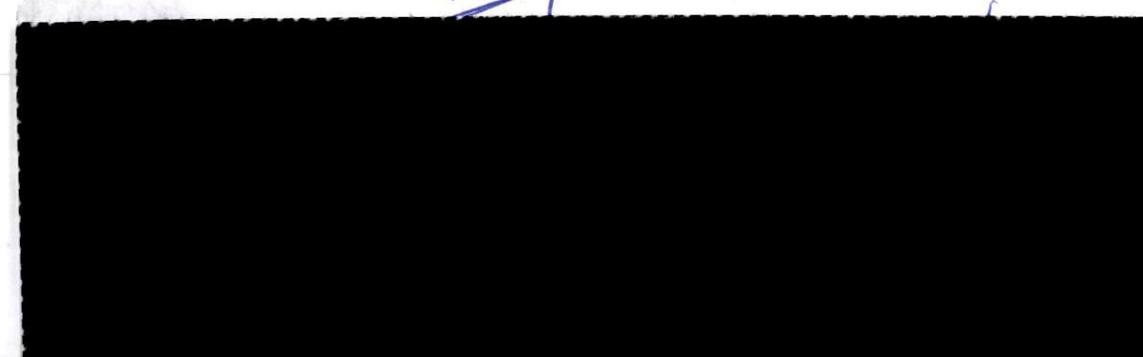
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 09/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



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 :

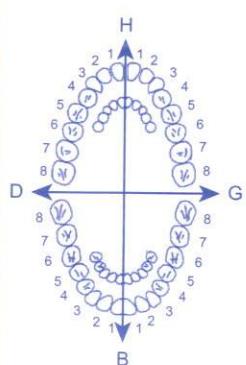
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AtlantaSanad

DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2024028049

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 : 10/01/2024

Déclaré le : 22/01/2024 Sinistre n° : 040.2024.00011095

Date décision : 25/01/2024

Reçu le : 19/01/2024

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
SCANNER THORACIQUE	1 500.00	300.00	1 200.00	85.00	1 020.00
(*) CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	400.00	0.00	400.00	85.00	340.00
Totaux	1 900.00	300.00	1 600.00		1 360.00
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			1 360.00

Observation(s) :

(*) complé



S_D_202402130-
1-5_R-2

Signature Adhérent(e)

CLINIQUE BELLE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

NOM DU PATIENT : M. BENKIRANE HAMID
DATE DE NAISSANCE : 02/09/1953

Sejour : Du 10/01/2024 au 10/01/2024



Reçu N°: 18757

Paiement du 10/01/2024 18h40

Actes	
Montant	1 500,00 Dh
Type de paiement	TPE

Imprimé par : MASTOUR Fatiha Le 10/01/2024 18h40



CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE
Casablanca

NOM DU PATIENT : M. BENKIRANE HAMID
DATE DE NAISSANCE : 02/09/1953

Sejour : Du 10/01/2024 au 10/01/2024



Reçu N°: 18758

Paiement du 10/01/2024 19h06

Actes	
Montant	400,00 Dh
Type de paiement	TPE

Imprimé par : MASTOUR Fatiha Le 10/01/2024 19h06



CLINIQUE BELLE VILLE

Casablanca , le 10/01/2024

SCANNER CEREBRAL

PATIENT : **BENKIRANE HAMID**

OPERATEUR :

CORRESPONDANT : **BENCHEKROUN Driss**

Technique :

Acquisition hélicoïdale sans injection de PDC

Résultats :

Absence d'anomalie de densité décelable à l'étage sus ou sous tentoriel

Absence de foyer ischémique ou hémorragique décelable

Ligne médiane en place

Système ventriculaire de morphologie normale

Citerne de la base libre

Fosse cérébrale postérieure sans anomalie

Conclusion :

TDM cérébrale ne révélant pas d'anomalie.

Signé : **REDOUANE KHADIJA**

Dr. RADOUANE Khadija
RADIOLOGUE

CLINIQUE BELLE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 2400282

NOM DU PATIENT M. BENKIRANE HAMID

MÉDECIN TRAITANT BENCHEKROUN Driss

PRISE EN CHARGE PAYANT ATLANTASANAD

NUMERO PRISE EN CHARGE

DATE D'ENTREE 10/01/2024

DATE DE SORTIE 10/01/2024

*Clinique Belle Ville
391, Bd. Ghandi
Casablanca
H.A.*

CLINIQUE BELLE VILLE

10/01/2024

M^r Benkiran Hamid

Age = 73 ans

Trouble d^e au niveau du tronc

ATC = Plastie Articulaire iliaque
à 3 ans.

⇒ TDR cérébral



Dr. A. FASLA
Anesthésie-Réanimation
INPE: 091172296

391, Boulevard Ghandi - Casablanca - Maroc

Tél : +212 522 23 30 30 • Fax : +212 522 99 30 26 • GSM : +212 661 333 999

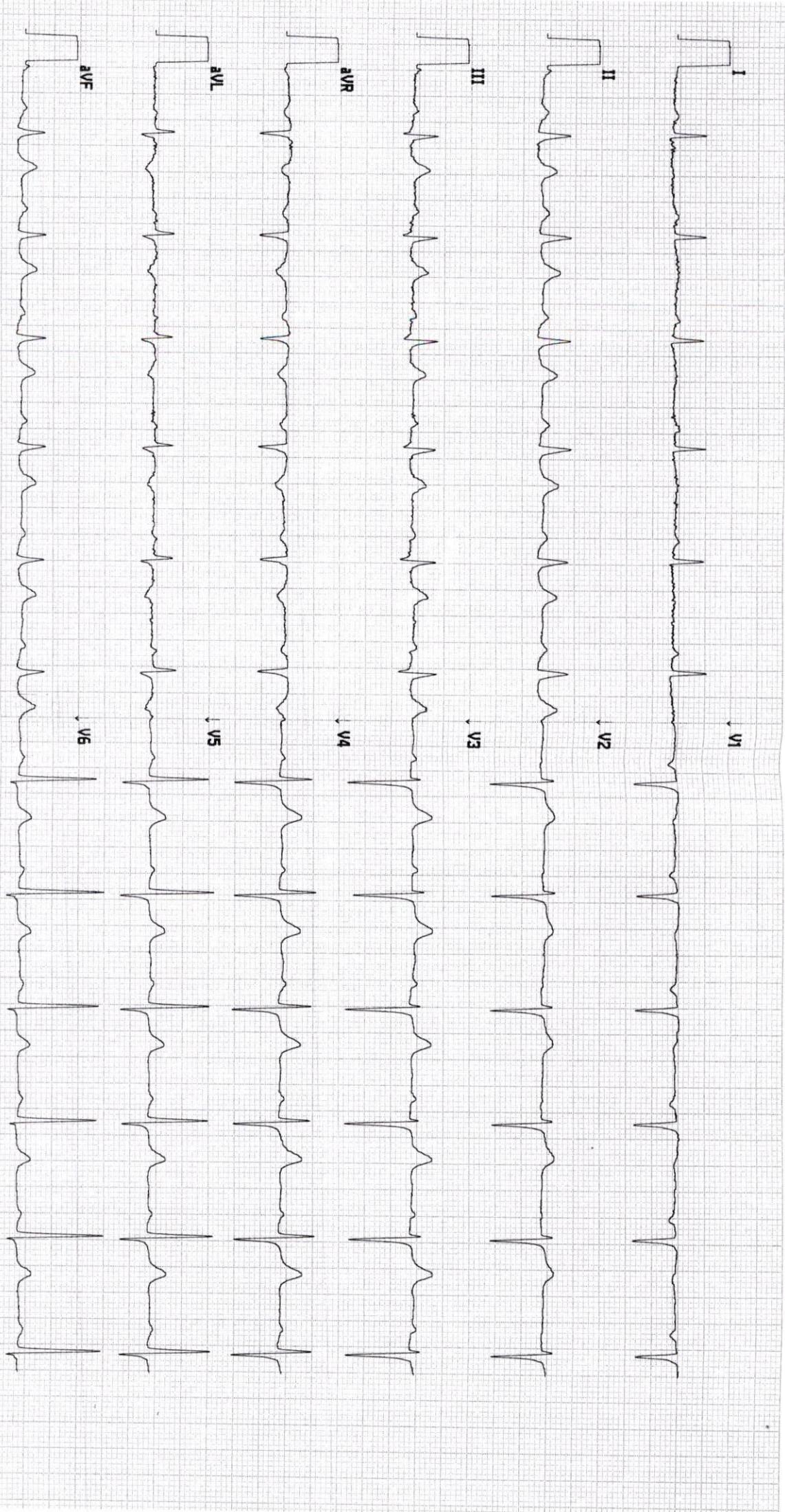
E-mail : cliniquebelleville@cliniquebelleville.com - Site web : www.cliniquebelleville.ma

Patente : 34751012 Identifiant Fiscal : 50560151 CNSS : 2832333 ICE : 002868326000095

RIB : 190780212113658163000371 - Code SWIFT : BCPO MAMC

BRONOM: Hamid
ID: 391
Age: 39 years
Sex: Male
391, Bd
391, Bd

Fréq. Card.: 70 BPM
Int PR: 203 ms
Dur.QRS: 89 ms
QT/QTC: 391/412 ms
Axes P-R-T: 52 51 86



CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Patient : M. BENKIRANE HAMID
Séjour : Du 10/01/2024 au 10/01/2024

FACTURE
202400236
Du : 10/01/2024

Etablie par : M. Fatiha

Clinique

Code	Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
	SCANNER CEREBRAL	1	1 500,00	1 500,00
consultation123	CONSULTATION + ECG	1	400,00	400,00
TOTAL CLINIQUE			1 900,00	

Encaissement Compte d'Autrui

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
		TOTAL AUTRUI	0,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arretée la presente facture à la somme de MILLE NEUF CENTS DIRHAMS

	Patient
Total TTC	1 900,00



A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade

Nature de la maladie

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

... Age : ...

- Ans

DETAIL DES SOINS

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

CONVENTION GROUPE

**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 PPM 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 bénéficia 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 photocopie du dossier.
 - ❼ Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.
 - ❽ 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

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

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 HAMIA

N° CIN

Nom et prénom du malade

BENKIRANE HAMIA

Lien de parenté

Date des soins

10/11/2014

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

1900,00

Cadre réservé à Atlantasanal

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 : **CG/109** Numéro d'adhésion :Frais exposés : **1900,00** dh Date de dépôt : / /N° de sinistre : Numéro de bordereau : Date des soins :
(si ouverture par système)



Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : BENKIRANE I CIN :

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

Frais exposés : 1300,00 dh Date de dépôt : / /

N° de sinistre :
(si ouverture par système)

Numéro de bordereau : Date des soins :

