

## 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0032094

complément

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03721

Société : RAN

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Benckroun Farouk

Date de naissance :

17/05/1952

Adresse :

3 Rue Ad Abdou Carca

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 : 04/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

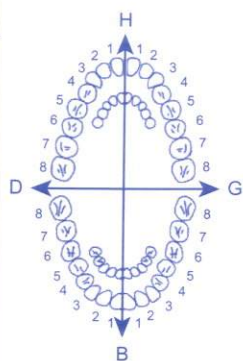
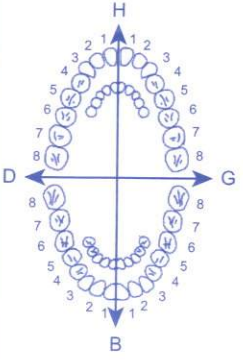
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## 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		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <b>H</b>                      25533412   21433552                      00000000   00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>                      00000000   00000000                      35533411   11433553  <b>B</b> </td> </tr> </table>				<b>H</b> 25533412   21433552 00000000   00000000 <b>D</b> ————— <b>G</b> 00000000   00000000 35533411   11433553 <b>B</b>
	<b>H</b> 25533412   21433552 00000000   00000000 <b>D</b> ————— <b>G</b> 00000000   00000000 35533411   11433553 <b>B</b>				
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>		
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

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

Déclaré le : 22/01/2024

Soin du : 10/01/2024

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
(*1) CONSULTATION DE CARDIOLOGUE + ECG	400.00	0.00	400.00	85.00	340.00
<b>Totaux</b>	<b>1 900.00</b>	<b>300.00</b>	<b>1 600.00</b>		<b>1 360.00</b>
Dossier n° : Règlement compagnie (Dhs)					<b>1 360.00</b>

Observation(s) :


(\*1) comple



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			
Palement 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			
Paielement 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

Citernes de la base libre

Fosse cérébrale postérieure sans anomalie

### **Conclusion :**

TDM cérébrale ne révélant pas d'anomalie.

Signé : **REDOUANE KHADIJA**

**Dr. RADOUANE Khadija**  
**RADIOLOGUE**



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](mailto:cliniquebelleville@cliniquebelleville.com) - Site web : [www.cliniquebelleville.ma](http://www.cliniquebelleville.ma)

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

RIB : 190780212113658163000371 - Code SWIFT : BCPO MAMC

**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

Mr Benkiran Hamid

Age = 73 ans

Trouble de conscience transitoire

ATC = Plortie Noté il y a  
03 ans.

⇒ TDR cérébrale



**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](mailto:cliniquebelleville@cliniquebelleville.com) - Site web : [www.cliniquebelleville.ma](http://www.cliniquebelleville.ma)

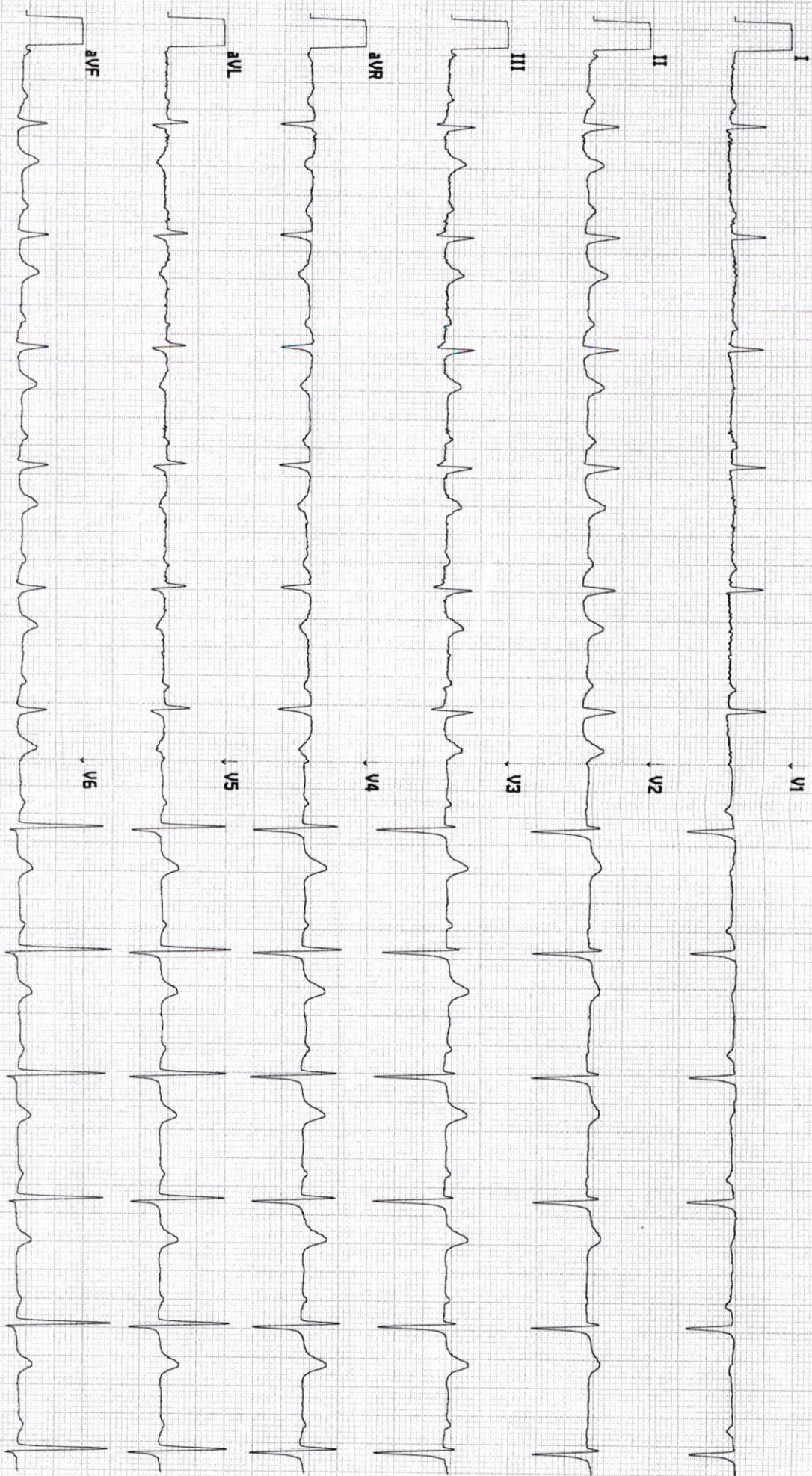
Patente : 34751012 Identifiant Fiscal : 50560151 CNSS : 2832333 ICE : 002868326000095

RIB : 190780212113658163000371 - Code SWIFT : BCPO MAMC

Dr. Benoit Hamid  
 391, Bd  
 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

Belle Ville  
 391, Bd  
 391, Bd



116210439268

CONSULTATION

Site # 1 App # 3 Version 2.10.5 Sequence #43230 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz M

**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
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>1 900,00</b>	

**Encaissement Compte d'Autrui**

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
<b>TOTAL AUTRUI</b>			0,00

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

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

	Patient
<b>Total TTC</b>	1 900,00



Age : 2

Age : ..... Ans

C.2

252

\_\_\_\_\_

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION				EXECUTION DES ORDONNANCES	
Date	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'Et. hospitalier	Montant	Cachet du Pharmacien
		4000H	<b>DR A. FASLA</b> Anesthésie-Réanimation INPE: 091172286		
				<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>	
Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien		
10/02/91	S. G. M. P. G. G. M. P.	1500	<b>RADIOLOGIE</b>		
				<b>ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX</b>	
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien		

MEDICAUX OU PARAMEDICAUX	
Montant	Cachet et Signature

[illegible]

# RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- 1 Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
- 2 Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
- 3 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.
- 4 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.
- 5 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, rééducation ... etc.).
- 6 Lorsque la personne malade bénéficie 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.
- 7 A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.
- 8 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.
- 9 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.
- 10 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.
- 11 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).
- 12 Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.
- 13 Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.
- 14 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



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

**MAROC LEASING**  
57, Angle Rue Pined, Bd Abdelmoumen, Casablanca  
Tél : +212 522 42 95 95 (LG) - Fax : +212 522 429 503  
Tél : +212 520 42 95 95 (LG) - Fax : +212 520 429 502  
MAG

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales) ..... N° CIN .....  
**BENKIRANE HAMID** .....  
Nom et prénom du malade ..... Lien de parenté .....  
**BENKIRANE HAMID** .....  
Date des soins **10/1/2024** ..... Signature de l'assuré .....  
Montant des frais exposés **1300,00** .....

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 : **188** ..... CIN : .....

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

Frais exposés : **1300,00** 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 :

BEN KIRANE

Matricule :

188

CIN :

N° de police / N° de filiale :

06/109

Numéro d'adhésion :

Frais exposés :

1300

dh

Date de dépôt :

/ /

N° de sinistre :

(si ouverture par système)

Numéro de bordereau :

Date des soins :



123456

DÉPARTEMENT DIM  
Wfai BOULAAKOUL