

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Honneur Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-527054

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03721 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : Bencheikh Farid

Date de naissance : 17/05/1952

Adresse : 3 Rue Mohamed El Abolou casa

Tél. : 063245535 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 :

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 : Casa Le : 17/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : Farid

N° règlement : 2020043414

DECOMPTÉ DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Adhésion n° : 00000188

Malade : Lui même

Numéro RIB :

Ste contractante : MAROC LEASING

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Déclaré le : 03/08/2020

Soin du : 26/07/2020

Sinistre n° : 040.2020.00261217

Date décision : 18/08/2020

Reçu le : 03/08/2020

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	85.00	255.00
Pharmacie	1 092.20	0.00	1 092.20	85.00	928.37
RADIOLOGIE	1 000.00	0.00	1 000.00	85.00	850.00
Totaux	2 392.20	0.00	2 392.20		2 033.37
Dossier n° : 1199246 Règlement compagnie (Dhs)					2 033.37

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : BENKIRANE Haoua

Age du patient (e) : Date des soins : 26 JUIN 2020

Nature de la maladie (*) : Des troubles du rythme

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances (*) :

(*) : Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	26 JUN 2020	C&E	300,00		
PHARMACIE	26/06/2020	Chloroquine 1000g	1092,20		
ANALYSES / RADIOGRAPHIES	26 JUN 2020	Cardiogramme			
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

Maladies du Cœur et des Vaisseaux
SUR RENDEZ-VOUS

Casablanca, le 26 JUIN 2020

الدكتور بن شقرون ادريس
خريج كلية الطب بتولوز
اختصاصي في أمراض القلب
والشرايين
بالميعاد



Dr. BENKIRANE Haoua

(S.V)

Crestor 10

14x1

Kardelig H 157

Atliaren 60

14x21

PHARMACIE OLIVERI
Najib - BEN OMAR
Casablanca
07 36 62

87,00

Relaxium 300

14x21

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

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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 durent 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.

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

réf : 14/0102/V0506

ATLANTA
ASSURANCES

شركة التأمين وإعادة التأمين
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA
Entreprise privée régie par la loi 17-99 portant code des assurances

FEUILLE DE SOINS

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la Compagnie : **MAROC DESINS**
57, Angle - Rue Pirel
Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél : (212) 522 42 95 95 L.G. / Fax : (212) 522 42 95 00
Tél : (212) 520 42 35 95 L.G. / Fax : (212) 520 42 35 07

N° de police : 06/109
N° d'adhérent : 044

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) :
Prénom du patient (e) :
Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent :
Montant des frais exposés (en DH) : 2992,20
A : le / / Signature de l'adhérent (e) :

Liens de téléchargement de l'application mobile Atlanta :

IOS : <http://www.atlanta.ma/iphone>

Android : <http://www.atlanta.ma/android>

Ces liens vous permettent la consultation de vos dossiers maladie.

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre :
Appréciation du médecin conseil :
23 / 11 / 2020
DEPARTEMENT DIM
Nawfal BOULAAKOUH

Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de Dirhams

Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél.: 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14/16
C.N.S.S. 1090109 - I.F. 1085137 - R.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 001529660000034

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

nom et prénom du patient (e) : BENKIRANE Hana
 Age du patient (e) : Date des soins : 26 JUN 2020
 Nature de la maladie (*) : Des troubles du rythme
 Il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances (*) :

(*) : Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDICINS TRAITANTS	26 JUN 2020	Consultation	300		
PHARMACIE	26/06/2020	Chloroquine 1000mg	1092		
ANALYSES RADIOGRAPHIES	26 JUN 2020	Cardiogramme			
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

Maladies du Cœur et des Vaisseaux
 SUR RENDEZ-VOUS

Casablanca, le 26 JUN 2020

الدكتور بن شقرون ادريس
 خريج كلية الطب بتولوز
 اختصاصي في أمراض القلب
 والشرابين
 بالميعاد

BENKIRANE Hana

PHARMACIE OLIVERI
 Résidence Ben Omar - Rue Ibn Nafiss - Immeuble «B» - Maarif - Casablanca
 Tél : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25

Crestor 10
 14x1
 Kardelig H 157
 Aldiaren 60
 14x21

إقامة بن عمر - زنقة بن النفيس عمارة ب - المعاريف - الدار البيضاء
 RESIDENCE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MAARIF - CASABLANCA
 TÉL : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25

RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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, rééducation ...etc.).

❻ 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.

❼ A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.

❽ 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.

❾ 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 durent plus de trois mois, l'assuré est invité à présenter des factures partielles.

❿ 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.

⓫ 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).

⓬ Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.

⓭ Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.

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

ATLANTA

شركة التأمين وإعادة التأمين
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA
Entreprise privée régie par la loi 17-99 portant code des assurances

FEUILLE DE SOINS

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la Compagnie

MAROC REASSURANCE
57, Angle - Rue Pinaud
Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél : (212) 522.42.95.95 (L.G.) Fax : (212) 522.42.95.00
Tél : (212) 520.42.95.95 (L.G.) Fax : (212) 520.42.95.02

N° de police : 06/109

N° d'adhérent : 0664

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) :

Prénom du patient (e) :

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent :

Montant des frais exposés (en DH) : 2992,20

A : le / / Signature de l'adhérent (e) :

Liens de téléchargement de l'application mobile Atlanta :

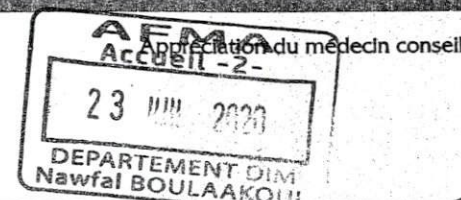
IOS : <http://www.atlanta.ma/iphone>

Android : <http://www.atlanta.ma/android>

Ces liens vous permettent la consultation de vos dossiers maladie.

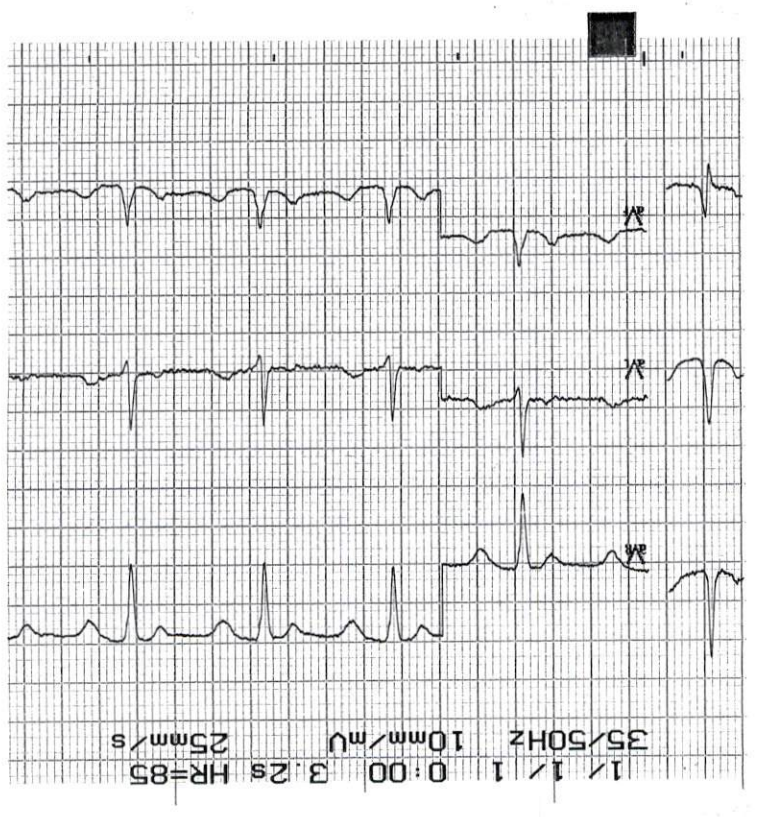
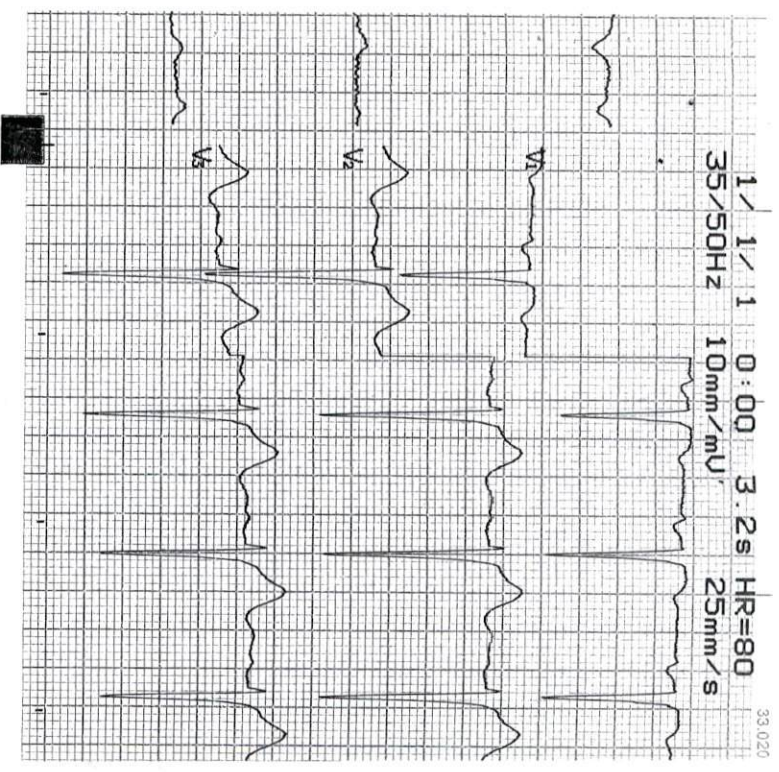
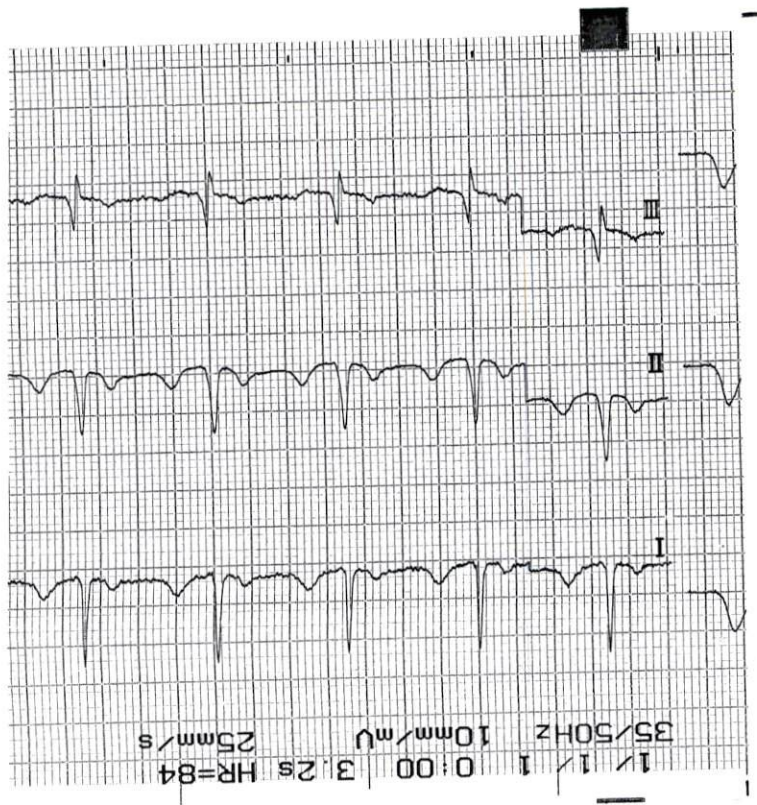
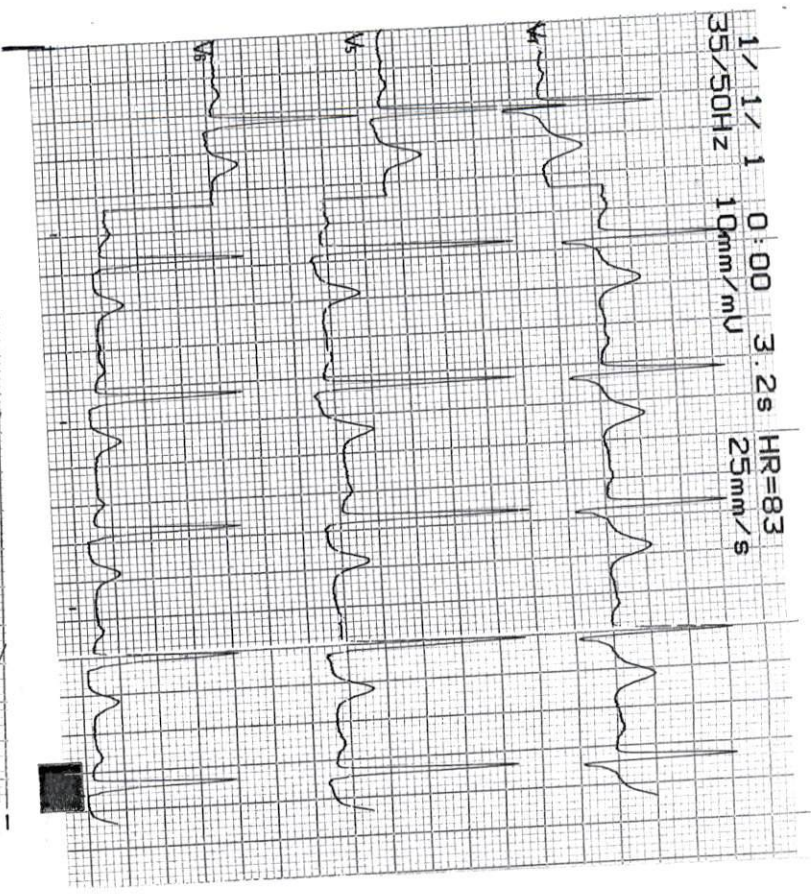
CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre



Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de Dirhams

Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél.: 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14/16
C.N.S.S. 1090109 - I.F. 1085137 - R.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 001529660000034



TA = $\frac{125}{75}$ mmHg

ECG: RRS = 84 /mm PR = 0.18 /Sec aQRS = +10
QT = 0.36 /Sec
Sol. 17 + 2u
HVR = 41mm

DOCTEUR Driss BENCHEKROUN

Cardiologue

Résidence BENOMAR

Rue Ibn Nafiss, Immeuble B

Maârif - Casablanca

Tél. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67

Casablanca, le 26 /06/2020

MR. BENKIRANE Hamid

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

- TA : 125/75 mmHg

- F.C : 84 /bpm.

- S.C = 1.87 m²

MESURES :

- Aorte : - Diamètre = 32 N < 36 mm

- O.S 17 N > 15 mm

- O.G. : - Diamètre = 39 < 40 mm

PHT = ms

ITVAo = cm

ROG/Ao = 1.20 < 1.3 mm

- Mitrale

- V.G. D.T.D. 62 (30-55 mm)

S.I.V. 09 < 11 mm

% R VG 44.7 % N 33 + 5

DTS 34 < 35 mm

P.P. 9 < 11 mm

Masse VG = g/m²

- F. diastolique VG : RE/A <

TDE = ms

E/E' =

- Cavités Droites : PAPs =

mmHg

COMMENTAIRE :

- Ventricule gauche modérément dilaté
- Pas de troubles de la contractilité globale ou segmentaire
- Epaisseur du septum interventriculaire et de la paroi postérieure normale
- Fraction d'éjection VG = 67 % (M. de Simpson)
- Oreillette gauche dilatée - S = 26.3cm²
- Oreillette droite modérément dilatée S = 20.4cm²
- Aorte initiale non dilatée - Insuffisance aortique mineure
- Insuffisance mitrale par prolapsus de P2 - SOR = 43mm²
- Pas d'épanchement péricardique.

CONCLUSION :

- Insuffisance mitrale notable (grade 3) par prolapsus de P2
- Dilatation ventriculaire gauche modérée
- Fraction d'éjection VG normale
- Dilatation auriculaire gauche

(Examen a recontrôler dans 6 mois)

NB : Echographe ALOKA alpha 6 mis en service en novembre 2014

Dr BENCHEKROUN DRISS
Cardiologue
R.S. 570629
MAG. CASABLANCA - 05.22.23.22.67
N° : 094027673

