

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

complément
N° W19-527054

42969

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 03721		Société : Royal air Maroc Retraite	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Ben chérif Ben fakir			
Date de naissance : 17/05/1952			
Adresse : 3 Rue Mohamed Allal Abdellah casse			
Tél. : 063275535		Total des frais engagés : Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : / /	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : **Casablanca** Le **07/10/2020**
Signature de l'adhérent(e) : **Toufik**

N° règlement : 2020043414

DECOMPTE 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

Observations :

Signature Adhérent(e)

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 CNPD sous len° A-A-101/2014



شركة التامين وأعاذه التأمين ATLANTA
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

MAROC DÉASSURANCE
Cachet de la compagnie
57, Angle - Rue officiel
Bd. Abdelmoumen - Casablanca
Tél. (212) 522.42.95.00 / (212) 522.42.95.01 N° de police : **06/109**
Fax. (212) 520.12.95.95 / (212) 520.12.95.02

N° d'adhérent : **064**

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) : **2992,2**

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

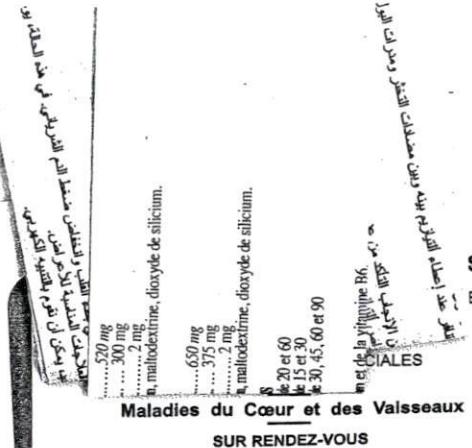


Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de Dirhams
Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél. : 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14/16
C.N.S. 1090109 - I.F. 1085137 - R.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 001529660000034

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

nom et prénom du patient (e) : BENKIRANE Hamed
 âge du patient (e) : Date des soins : 26 JUIN 2020
 nature de la maladie^(*) : Per. kibrale. diplopde
 Il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances^(*) : 2015
 (*) : 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 TRAITEMENTS	26 JUIN 2020	Genève	300	21.36.62	<i>Benkiran Hamed</i>
PHARMACIE	26/06/2020	Glucophage 1000 mg	1092,20	21.36.62	<i>PHARMACIE NAFISSA BENKIRANE</i>
ANALYSES RADIOGRAPHIES	26 JUIN 2020	cardiologie			
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTIQUE					



الدكتور بن شقرن ادريس
 خريج كلية الطب بتولوز
 اختصاصي في أمراض القلب
 والشرايين
 بالعيادة

Casablanca, le 26 JUIN 2020

الدار البيضاء في

*(u. BENKIRANE
 Hamed)*

S.V.

*(1857-24-11-2020)
 21.36.62
 PHARMACIE NAFISSA BENKIRANE
 Casablanca
 Rue Othmane Ben Yakkache
 2222273352*

*(30,10x3)
 292,60
 (89,00x4)
 - 356,00*

*PHARMACIE OLIVERI
 Nafissa BENKIRANE
 Rue Othmane Ben Yakkache
 2222273352*

*87
 92-1092,20
 PHARMACIE OLIVERI
 Nafissa BENKIRANE
 Rue Othmane Ben Yakkache
 2222273352*

*Relaxium 300
 Dr. BENKIRANE Hamed le m
 1 m*

إقامة بن عمر - زنقة بن النفس عمارة ب - المعاريف - 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 - 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 dentaire, 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 PII 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 transmises 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



شركة التامين و إعادة التأمين ATLANTA
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	
MARROC URGASIE 57, Angle - Rue Phénix Bd. Abdelmoumen - Casablanca Tél: (212) 522.42.95.95 L.G/Fax: (212) 522.42.95.02 C.G/Fax: (212) 520.12.95.02	
de police :	06/1009
N° d'adhérent :	344

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 :

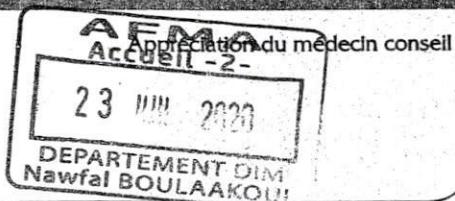
IOS : <http://www.atlanta.ma/iphone>

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

Ces liens vous permettent la consultation de vos dossiers maladie.

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

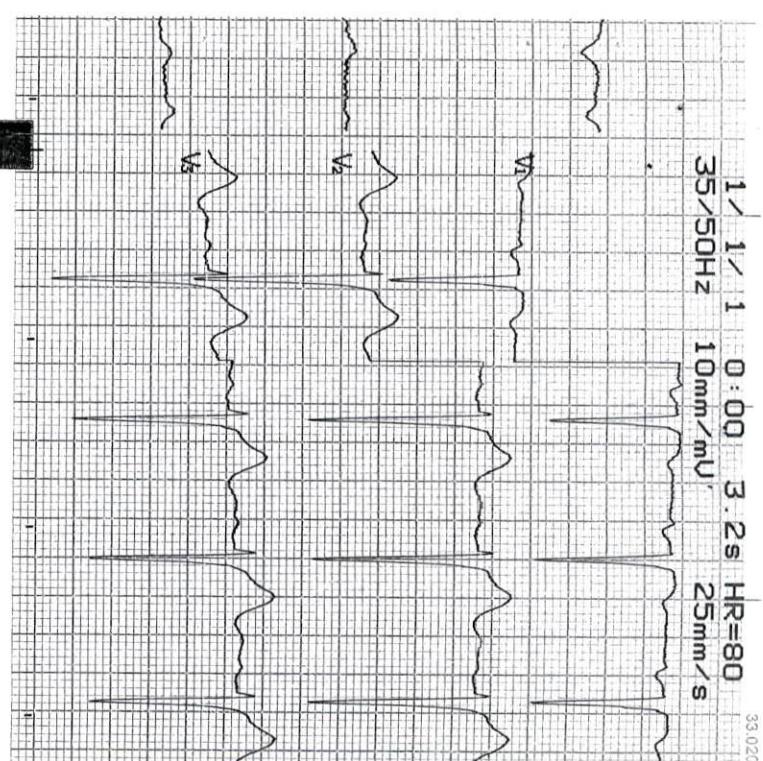
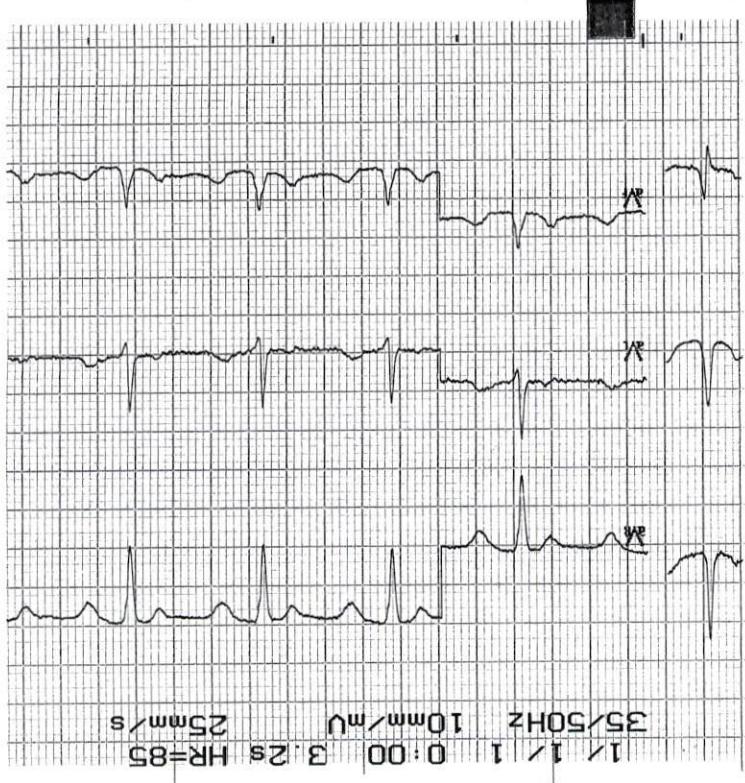
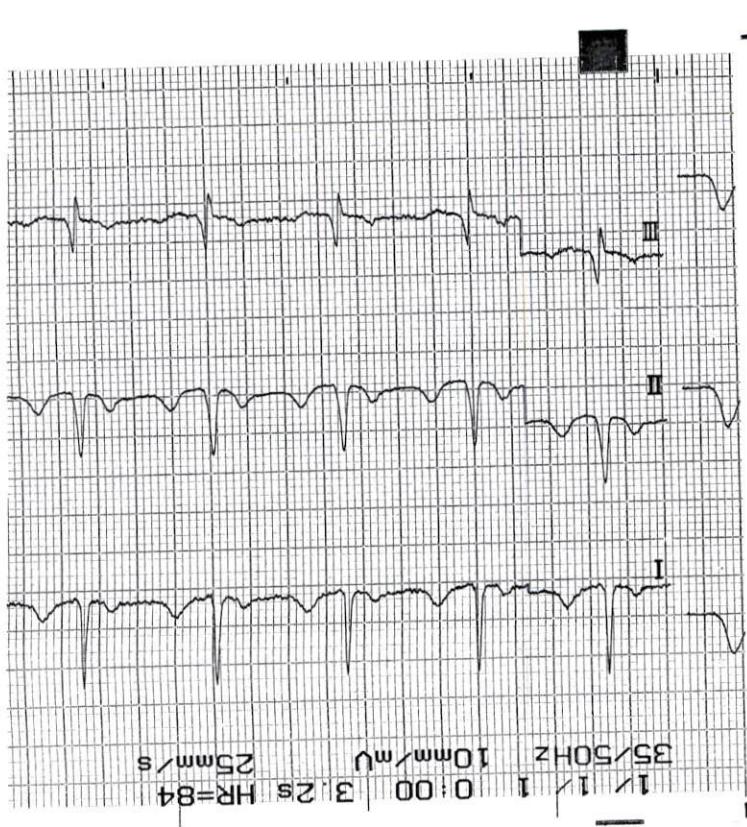
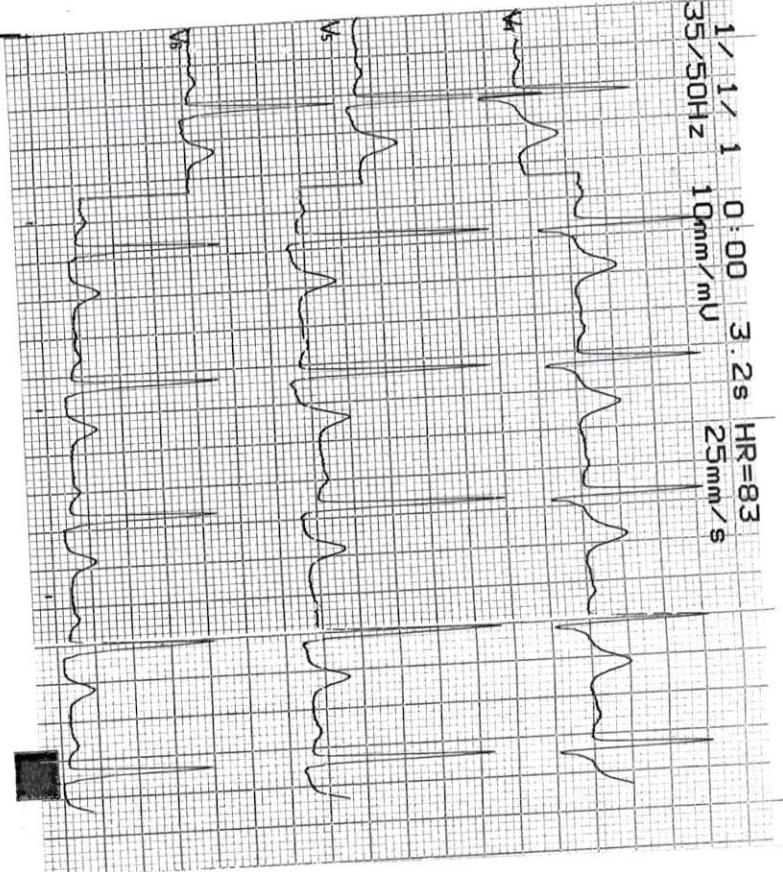


Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de Dirhams
Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél: 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax: 05.22.36.98.12/14/16
C.N.S.S. 1090109 - I.F. 1085137 - R.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 001529660000034

1/ 1/ 1 0:00 3.2s HR=83
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s

1/ 1/ 1 0:00 3.2s HR=80
35/50Hz 10mm/mV 25mm/s

33.020



TA = 125/75
mmHg

ECG: RRS = 84 /mm PR = 0.18 /Sec aQRS = 140
QT = 0.36 /Sec

SOL. 17 + 26
HVR = 41 mm

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	PHT = ms
	- O.S	17	N > 15 mm	ITVAo = cm
- O.G. :	- Diamètre =	39	< 40 mm	ROG/Ao = 1.20 < 1.3 mm

Mitrale

- V.G.	D.T.D.	62	(30-55 mm)	DTS 34 < 35 mm
	S.I.V.	09	< 11 mm	P.P. 9 < 11 mm
% R VG		44.7	% N 33 + 5	Masse VG = g/m ²
- 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 à recontrôler dans 6 mois)

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

Dr BENCHEKROUN DRISS
Résidence BENOMAR
Rue Ibn Nafiss, Casablanca
Tél. : 05.22 25.06.06 / 05.22 23.22.67
Fax : 05.22 25.06.06
Email : benchekroun.d@msn.com

