

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 |

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 2701 Société :

Actif Pensionné[e] Autre :

Nom & Prénom : BECHIR CHIKROUW FARIDA

Date de naissance : 17/01/1967

Adresse : 3 RUE TSI ABDOU

Tél. : 66639275535 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



N° règlement : 2020015269

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Adhésion n° : 00000188

Malade : Lui même

Numéro RIB :

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Ste contractante : MAROC LEASING

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Déclaré le : 07/02/2020

Soin du : 03/02/2020

Sinistre n° : 040.2020.00029908

Date décision : 11/02/2020

Reçu le : 05/02/2020

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	186.00	0.00	186.00	85.00	158.10
Totaux	486.00	0.00	486.00		413.10
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			413.10

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

- ➊ Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.
- ➋ Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.
- ➌ 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.
- ➍ 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.
- ➎ 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.).
- ➏ Lorsque la personne malade bénéficie d'un autre régime de prévoyance, l'assuré
- réf : 14/0102/V0506
- devra remettre à la Compagnie l'original du décompte de remboursement délivré par l'organisme assureur de base et la photocopie du dossier.
- ➐ A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.
- ➑ 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.
- ➒ 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 1^{ère} 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.
- ➓ 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.
- ➔ 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).
- ➕ Toute réclamation, toute demande de complément d'information doivent être transmises à la Compagnie dans un délai de deux mois.
- ➖ Les pièces justificatives des frais engagés transmis à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.



شركة التامين و إعادة التامين أطلانتا
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA
Entreprise régie par la loi 17-99 portant code des assurances

FEUILLE DE SOINS

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante



N° de police : 06161
DÉPARTEMENT DIM
Ismail ALAHYANE

N° d'adhérent : 0414

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : BENKIRANE HAMID

Prénom du patient (e) : HAMID

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

Montant des frais exposés (en DH) : 336,00

A : CASA BLANCA le 04/02/2020 Signature de l'adhérent (e) :

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil

A REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : BENKI KANE HADJ

Age du patient (e) : Date des soins :

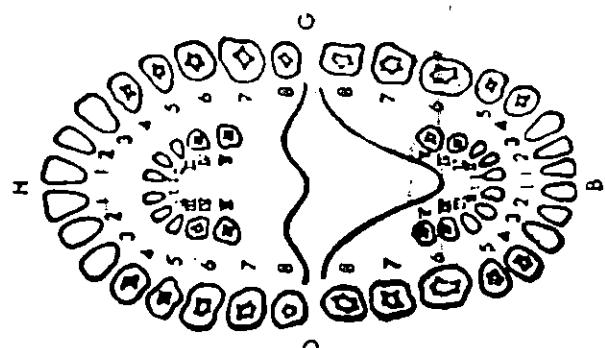
Nature de la maladie (*): Cas triviale CMV

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

SS III am Kangaroo -
III Pöhlkönig

(*) 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.

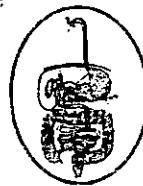
PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MÉDECINS TRAITEMENTS	03/02/2020	✓	2nd	#300 DH	ALI JUKK Centre Entrepeneur - Portobello 52, Bd. Zeïtouni - Casablanca Tél: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 58
PHARMACIE	03/02/2020			186,00	PHARMACIE BENYANI Casablanca 10100 58A Rue Ouhman Boudjellal Casablanca Tel: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 58
ANALYSES/ RADIOGRAPHIES					
AUXILIAIRES MÉDICAUX					
OPTICIEN					

FEUILLE DE DEVIS DENTAIRE		(Précisez impérativement s'il s'agit d'un devis ou d'une facture)	
<input type="checkbox"/> DEVIS	Etabli le :	<input type="checkbox"/> EXÉCUTION	Commencé le :
<input type="checkbox"/> FICHE DENTAIRE	SOINS	TRAITEMENT	
	Dentis n° Date de la traitee	Nature de l'acte	Coef. de la prothèse
			Cotation
		PROTHÈSE ET ODF	
		Cout global de la prothèse et ou séminaire de l'ODF	
		DH :	
SCHEMA DENTAIRE (à remplir SVP)		COUT GLOBAL DE LA PROTHESE OU DE L'ODF	
		Avis du médecin conseil de la Compagnie	
COUT GLOBAL DES SOINS		DH :	
		Cachet et signature du praticien	

Dr Amina ALYOUNE ép. BAHLAOUI

Ex-Enseignante à la Faculté de Médecine de Casablanca
Spécialiste des Maladies Digestives de Proctologie
(Hémorroïdes, Fistules, Fissures anales ...)
Fibroscopie Digestive, Echographie

Consultation tous les jours
SUR RENDEZ-VOUS



الدكتورة أمينة عليون بخلاوي

أستاذة سابقاً بكلية الطب والصيدلة بالدار البيضاء
اختصاصية في أمراض الجهاز الهضمي وجراحة البواسير
علاج المخرج (البواسير والدمى)
الفحص بالمنظار الداخلي وبالصدى

بالتمام عذر

الدار البيضاء، في Casablanca, le

03 février 2020

Dr. BENKIRANE Hamid

140102

OEDES 20 (BOITE DE 56)

1 gel 2 fois par jour pendant 10 jours avant repas, puis 1 gel / jour le matin à jeun

46.

DIGESTINE

1 gel par jour le soir avant le dîner

ApaZ

J. A. L. G.
Hepato Gastro Endocrinolog
52 Bd. Zefzafi Casablanca - Tel.: 032275756156
Zefzafi - Mortarque
Casablanca - Tel.: 032275756156

PHARMACIE OLIVIER
Nadisse BENNANI
55A Rue Othman Ben Attia Casablanca
Tél: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 62

~~Dr. ALYOUNE Mina~~
Hepato Gastro Entérologue
52, Bd. Zerktouni
Casablanca - Tel.: 0522 27 57 51 / 56

52 Bd Zerkouni (Espace Erreda, 5ème étage) en face du Marché des Fleurs et de l'Hôpital d'Enfants - Casablanca

Tél.: 0522 27 57 56 - 0808 38 95 04 - Télécopie: 0522 27 57 51

E-mail : alyounemina@gmail.com