

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.



Complément
Déclaration de Maladie
M22- 0041613

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03721 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Benchehra Ferida

Date de naissance : 17/05/1952

Adresse : 3 Rue Rd Abou

Tél. : 0707456876 Total des frais engagés : 1301,73 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 : case

Le : 23/01/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Ferida

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



AtlantaSanad
ASSURANCE



AS0002127284/20

CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

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 PPV 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, reéducation ... etc.).
- 6 Lorsque la personne malade bébécifie 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

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion AtlantaSanad	Date de Dépôt du dossier	Cachet Contractante
Numéro de bordereau		
Matricule de l'assuré	188	
N° de police / N° de filiale	06/109	
Numéro de Sinistre (si ouverture par système)		

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)	N° CIN
BENKIRANE HANID	CM5756
Nom et prénom du malade	Lien de parenté
BENKIRANE HANID	MOR MERE
Date des soins	Signature de l'assuré
22/01/2013	
Montant des frais exposés	
142,50	

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 HANID Matricule : 188 CIN :

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

Frais exposés : 142,50 dh Date de dépôt :/...../.....

N° de sinistre : Numéro de bordereau : Date des soins :
(si ouverture par système)



AS0002127284/20



N° règlement : 2023003573

DECOMPTÉ DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Ste contractante : MAROC LEASING RETRAITES

Adhésion n° : 00000188

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Soin du : 22/11/2022

Malade : Lui même

Déclaré le : 01/01/2023

Sinistre n° : 040.2022.00803933

Numéro RIB :

Date décision : 12/12/2022

Reçu le : 07/12/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) /Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	1 113.80	0.00	1 113.80	85.00	946.73
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	85.00	255.00
Totaux	1 413.80	0.00	1 413.80		1 201.73
Dossier n° :			Règlement compagnie (Dhs)		1 201.73

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)



S_D_202259776-
1-2_R-2

Docteur **BENCHEKROUN** **DRISS**
 DE LA FACULTÉ DE MEDECINE DE TOULOUSE
CARDIOLOGUE
 DIPLOME D'ETUDES SPÉCIALES
 DE CARDIOLOGIE
 Maladies du Cœur et des Vaisseaux
 SUR RENDEZ-VOUS



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

22 NOV. 2022

Casablanca, le في الدار البيضاء

PHARMACIE OLIVERI
Narjisse BENNANI
 55A, Rue Othman Bnou Affan Casablanca
 0522 27 36 57 / 0522 27 36 62

de BENCHEKROUN
 Hamid

557,70 Crestor 10 14/1 (180.7x3) 
 107,70 Kaldogel 160 15/1 (85.7x3) 
 152,70 Cardentel 2,5 7/1 (50.7x3) 
 137,80 Fludex 1,5 14/2 (68.9x2) 

3 mois a B

BENCHEKROUN DRISS
 Cardiologue
 RES. BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - MA. 08.
 MÂARIF - CASABLANCA - TEL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67
 INPE N° : 091021618

159,40 Zithromax 500 (179.2x2) 
 141,10 (2-bls)

إقامة بن عمر - زنقة بن النفيس عمارة ب - المعاريف - الدار البيضاء
 RÉSIDENCE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» - MÂARIF - CASABLANCA
 TÉL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67 - FAX : 05.22.23.22.67 - URGENCE : 06.61.14.46.25
 Email : benchekroundriss@hotmail.com

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : BENKIRANE HANIS Matricule : 188 CIN :

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

Frais exposés : 112,50 dh Date de dépôt : 11/11/2022

N° de sinistre : Date des soins :
(si ouverture par système)

AFMA
Accueil -2-
06 DEC. 2022
DEPARTEMENT DIM
Nawfal BOULAAKOUL



AS0002127284/20