

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.

M22- 0032111

Optique *17/10/18* Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *03211* Société : *R.A.M*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : *Benchaâboun Fassioun*

Date de naissance : *17/05/1952*

Adresse : *3 Rue 1er Abdeallah Casablanca*

Tél. : *0707456876* Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément

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 : *16/10/2018*

Signature de l'adhérent(e) : *Benchaâboun Fassioun*

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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.

**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, reeducation ... etc.).
 - 6 Lorsque la personne malade bénéficia 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 CNPD 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
188

Matricule de l'assuré
06/109

N° de police / N° de filiale
06/109

Numéro de Sinistre
(si ouverture par système)

Cachet Contractante

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)

BENKIRANE HAMID

N° CIN C 015756

Nom et prénom du malade

HAMID

Lien de parenté

ND. MENT

Date des soins

15/11/2013

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

679,00

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 : 679,00 dh Date de dépôt : / /

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

AS0002675169/20

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade :

Nom et renom du malade

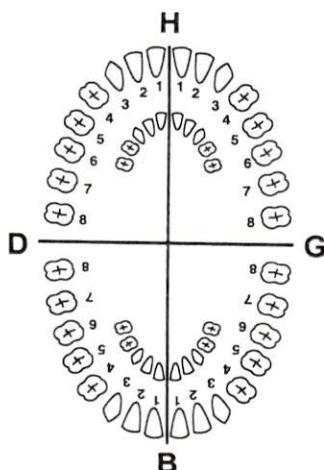
Nature de la maladie : A febre

... Age : Ans

DETAIL DES SOINS

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION					EXECUTION DES ORDONNANCES		
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Hôpital Universitaire International Mohammed VI Professeur MAROUAN FATIMA Directeur de Spécialité-Endocrinologie Maladies Métaboliques 091112466	Universitaire International Mohammed VI Professeur MAROUAN FATIMA Directeur de Spécialité-Endocrinologie Maladies Métaboliques 091112466	Dates	Montant	Cachet du Pharmacien
08/05/2023	clt	200.00	Professeur MAROUAN FATIMA Directeur de Spécialité-Endocrinologie Maladies Métaboliques 091112466	Professeur MAROUAN FATIMA Directeur de Spécialité-Endocrinologie Maladies Métaboliques 091112466	61.23	61.23	PHARMACIE Nafissa BENNAI Tél: 0522 27 36 57
15/05/23							
ANALYSES - RADIOGRAPHIÉS					Cachet et Signature du praticien		
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien				
ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX					Cachet et Signature du praticien		
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien				

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.

Partie réservée au contrôle

Montant des soins

DH

Montant de la prothèse

DH

**Cachet et Signature du praticien
attestant l'execution et la paiement des
soins (et ou) de la Brothèse**

N° règlement : 2023072912

 **AtlantaSanad**
DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE
ASSURANCE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Adhésion n° : 00000188

Malade : Lui même

Numéro RIB :

Ste contractante : MAROC LEASING RETRAITES

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID Soin du : 08/05/2023

Déclaré le : 01/06/2023 Sinistre n° : 040.2023.00277988

Date décision : 31/05/2023

Reçu le : 26/05/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
BIOLOGIE MEDICALE	318.20	0.00	318.20	85.00	270.47
Pharmacie	61.20	0.00	61.20	85.00	52.02
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	85.00	255.00
Totaux	679.40	0.00	679.40		577.49
Dossier n°	AS0002675169/20	Règlement compagnie (Dhs)			577.49

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

٨٥٦

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

08/05/23
02
H/C

BENKIRANE AUMED

- TSH ps

- Co₂ f

Dr. El HAROUCHI Mohamed Said
Laboratoire d'Analyses
Medicales Labomedic
Rue Mustapha El Maâni Casablanca

FONDATION CHEIKH KHALIFA BN/252
Dr. MAROUAN FATIMA
Directeur des Services • Endocrinologie • Etudes Métaboliques

051 112460

Casablanca, le :

15 Juillet 2023

وصفة طبية
Ordonnance

Mr Hamid Benkirane

61,8°

(6,8 x 9)

Levothyroxine 25

1cp $\frac{1}{2}$ / j - zone auquel
peut dér

PHARMACIE OLIVER

Narjisse BENNANI
55A Rue Othman Bnou Affan Casablanca
Tél: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 62

Mr Guirat

Hopital Universitaire International Mohammed VI
Professeur MAROUAN Fatima
Directeur de Spécialité-Endocrinologie
Maladies Métaboliques
091112466

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

Nº 67.117 / 2023 du 15/05/2023

Nom patient : **BENKIRANE HAMID**

Entrée 15/05/2023

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 15/05/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION D'ENDOCRINOLOGIE	1,00		300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EI HAROUCHI (PHARMACIEN BIOLOGISTE) ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE
CASABLANCA

462,Rue Mustapha El Maani -Casablanca Tel :0522-27.66.73/24 Fax:0522-26.50.87

mail.labolabomadic@gmail.com

ICE:001543075000027- RC:1636-Pat :34201990-CNSS:1128091-

IF:41802740

INPE 093000180 RIB : ATW007780000180200000001626

Facture N: 23 / 4588

Date :
11/05/2023

Suite aux Analyses Effectuées Le 11/05/2023

Sous La Prescription Du Docteur

Pour BENKIRANE HAMID

ayant La Référence 23511734322



Organisme : MF856

Bilan :

~TSH~CA

Cotation : B 230 + Prelevement (10 DH)

Montant Net : 318.2 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS CENT DIX HUIT DHS et 20CTS

TSH 200

CA 30

Mr. El HAROUCHI Mohamed Said
Laboratoire d'Analyses
Medicales Labomedic
462 Rue Mustapha El Maani - Casablanca
11/05/2023

مختبر التحاليلات الطبية لبومديك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHI

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

CES : - Biochimie - Bacteriologie - Hématologie
- Virologie - Parasitologie - Immunologie

الهاروشي محمد سعيد

إختراسي في التحاليلات الطبية

Prélèvement du : 11/05/2023 à 07:34:32

Edition du : 11/05/2023



5DK6214

Monsieur BENKIRANE HAMID

Dossier n° : MF856

Dr.

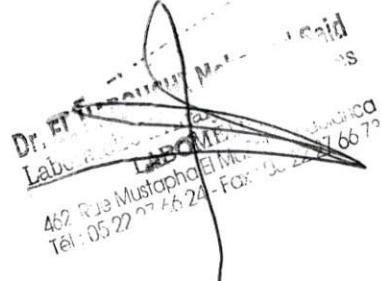
Page : 1/1

BIOCHIMIE

Analyses	Resultats	Normes	Antécédents
Calcium.....	: 103 mg/l	(85 à 105)	105 : 10/02/2023

BILAN THYROIDIEN

Analyses	Resultats	Normes	Antécédents
Thyreostimuline (TSH us) 3G. :	2,40 uUI/ml	(0.25 à 5)	3.08 : 10/02/2023



N° DECLARATION

Nom de l'assuré : BOUAFI MANSOUR Matricule : 188 CIN :

N° de police / N° de filiale : 061109 Numéro d'adhésion :

Frais exposés : 679,00 dh Date de dépôt :

N° de sinistre :

(si ouverture par système)

Numéro de bordereau :

Date des soins :



AS0002675169/20