

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

17/10/11

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03721 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benchekraoui Farid

Date de naissance : 17/05/1952

Adresse : 3 Rue N° 12 Abdesseba

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 :

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.

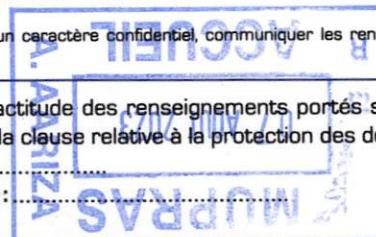
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 06.10.2023

Signature de l'adhérent(e) :

G. Debbache





AtlantaSanad
ASSURANCE

AS0002732874/20

CONVENTION GROUPE

**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 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 bénéfice 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 transmises 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

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion Date de
AtlantaSanad 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

N° CIN C 115756

BENKIRANE HAMID

Nom et prénom du malade

BENKIRANE Hamid

Lien de parenté

Mme MÈME

Date des soins 16/12/2013

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés 1610,40

Cadre réservé à Atlantasanaad

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 : 188

Frais exposés : 1610,40 dh Date de dépôt : / /

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

AS0002732874/20

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade Bachir Hamid Age : Ans
Nature de la maladie Plastie urinaire.
En cas d'Accident (Causes et Circonstances).....

DETAIL DES SOINS

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

<p>Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.</p>	<input type="radio"/> DEVIS Etabli le <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">S O I N S</th> <th rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">PROTHÈSE</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">Dates</th> <th style="text-align: center;">Dents traitées</th> <th style="text-align: center;">Nature de l'intervention</th> <th style="text-align: center;">Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td></td></tr> </tbody> </table>		S O I N S				PROTHÈSE	Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient		<input type="radio"/> TRAITEMENT Commencé le Terminé le Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction	
S O I N S				PROTHÈSE																																																											
Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient																																																												
.....																																																												
.....																																																												
.....																																																												
.....																																																												
.....																																																												
.....																																																												
.....																																																												
.....																																																												
.....																																																												
.....																																																												
Partie réservée au contrôle	Montant des soins DH			Montant de la prothèse DH																																																											
	Cachet et Signature du praticien (s'il s'agit d'un devis)			Cachet et Signature du praticien attestant l'exécution et la paiement des soins (et ou) de la prothèse																																																											

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : BENKURANÉ Matricule : 188 CIN :

N° de police / N° de filiale : 06 / 109 Numéro d'adhésion : 188

Frais exposés : 1610,40 dh Date de dépôt : / /

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



AS0002732874/20

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

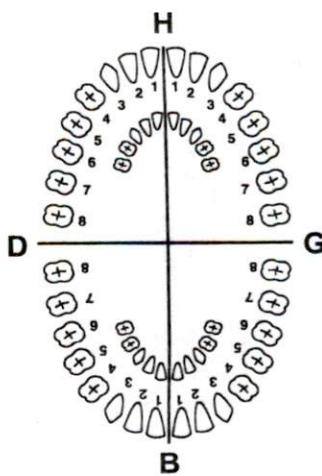
NOM et Prénom du malade

Nature de la maladie

En cas d'Accident (Causes et Circonstances)...

DETAIL DES SOINS

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



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

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



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

Casablanca, le 16 MAI 2023

الدار البيضاء في

(Signature)

Hamid

$$(167,00 \times 2) \\ = 334,00$$

$$(50,70 \times 3) \\ = 152,10 \\ (92,70 \times 3) \\ = 278,10$$

PHARMACIE OLIVER
 Pharmacie BENNAHMI
 55A Rue Othmane Ben Ali Casablanca
 Tel: 0522.27.36.37 / 0522.27.36.67

Gestor 10 19,-

Cardenel 2,5 19,-

Cardocaprine 100 19,-

Fludex 1,5

14 x 2 / Jean -

Trait de 3 mois

Dr BENCHEKROUN DRISS
 Cardiologue
 55A Rue Ibn Nafiss - Bâtiment A
 Bâtiment A, 1er étage - 0522.27.36.67
 INPE N° : 091021618

$$(10,30 \times 4) \\ \sim 45,20 \\ Doliprane 500 \\ 610,40$$

Dr BENCHEKROUN DRISS
 Cardiologue
 55A Rue Ibn Nafiss - Bâtiment A
 Bâtiment A, 1er étage - 0522.27.36.67

55A Rue Ibn Nafiss - Bâtiment A
 Bâtiment A, 1er étage - 0522.27.36.67
 INPE N° : 091021618

إقامة بن عمر بن الخطاب - العمارت - الدار البيضاء
 RÉSIDENCE BEN OMAR - RUE IBN NAFISS - IMMEUBLE «B» MĀARIF - 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° 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 : 16/05/2023

Déclaré le : 01/06/2023 Sinistre n° : 040.2023.00277993

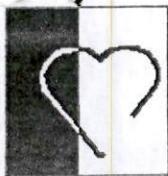
Date décision : 31/05/2023

Reçu le : 26/05/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
ECHO DOPPLER CARDIAQUE	1 000.00	0.00	1 000.00	85.00	850.00
Pharmacie	610.40	0.00	610.40	85.00	518.84
Totaux	1 610.40	0.00	1 610.40		1 368.84
Dossier n°	AS0002732874/20	Règlement compagnie (Dhs)			1 368.84

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)



CABINET DE CARDIOLOGIE

Dr Driss BENCHEKROUN

Diplomé de la Faculté de Médecine de Toulouse

Casablanca, le 16/05/2023

MR BENKIRANE Hamid

NOTE D'HONORAIRE

- Echo-doppler cardiaque 1.000.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DIRHAMS

Dr. D. BENCHEKROUN

*Dr BENCHEKROUN DRISS
Cardiologue
RÉS. BENOMAR - RUE IBN NAFIS - MAÂRIF - CASABLANCA
TÉL : 05.22.25.06.06 / 05.22.22.07
INPE N° : 091021618*

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 16/05/2023

MR. BENKIRANE Hamid

ECHO-DOPPLER CARDIAQUE

-TA : 110/75 mmHg - F.C : 64 bpm. - S.C = 1.89 cm²

MESURES :

- Aorte :	- Diamètre =	35	N < 36 mm	PHT = ms
	- O.S	17	N > 15 mm	ITVAo = 32.9 cm
- O.G. :	- Diamètre =	39	< 40 mm	ROG/Ao = 1.11 < 1.3 mm

- Mitrale

- V.G.	D.T.D.	45	(30-55 mm)	DTS < 35 mm
	S.I.V.	9	< 11 mm	P.P. 8 < 11 mm
	% R VG		% N 33 + 5	Masse VG = g/m ²

- F. diastolique VG : RE/A < 1 TDE = ms E/E' = **9.3**

- Cavités Droites : PAPs = **32.2** mmHg

COMMENTAIRE :

- Bon fonctionnement de la plastie mitrale
 - Grd moy = 6.1 mmHg
 - Insuffisance mitrale mineure
- Ventricule gauche non dilaté, non hypertrophie
- Pas de troubles de la contractilité globale ou segmentaire
- Fraction d'éjection VG = 65 % (M. de Simpson)
- Cavités droites normales – VCI fine compliante
- Aorte initiale non dilatée - Insuffisance aortique mineure
- Oreillette gauche de taille normale

CONCLUSION :

- Bon fonctionnement de la plastie mitrale
- Ventricule gauche normal
- Pas d'HTAP.

*Dr BENCHEKROUN DRISS
Cardiologue
RÉS. BENOMAR - RUE IBN NAFFIS - IMMEUBLE
MAÂRIF - CASABLANCA - TÉL. : 05.22.25.06.06 / 05.22.23.22.67
INN° E N° : 051021513*