

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

- 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 - 5ème 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

ND: 28 367

Déclaration de Maladie

N° P19- 046881

Complément

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03721 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bencheikh Samir

Date de naissance : 17/05/1952

Adresse : 3 Rue Nol Abdelkader

Tél. : 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 : Casa Le : 05/06/2020

Signature de l'adhérent(e) : Samir Bencheikh

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-046881

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 03721

Nom de l'adhérent(e) : Bencheikh Samir

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

retraité

N° règlement : 2020015269

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Ste contractante : MAROC LEASING

Soin du : 31/01/2020

Adhésion n° : 00000188

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Sinistre n° : 040.2020.00029910

Malade : Lui même

Déclaré le : 07/02/2020

Date décision : 11/02/2020

Numéro RIB :

Reçu le : 05/02/2020

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Consultation en cardiologie+ ECG	300.00	0.00	300.00	85.00	255.00
Pharmacie	821.10	0.00	821.10	85.00	697.93
BIOLOGIE MEDICALE	210.00	0.00	210.00	85.00	178.50
Totaux	1 331.10	0.00	1 331.10		1 131.43
Dossier n° :			Règlement compagnie (Dhs)		1 131.43

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : Boukiremi Hamed

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie (*) : Dyslipidémie

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances :

(*) : 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



DR. EL MAKHLOUP AII
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél : 05 22 29 81 55 / 05 22 47 26 89

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	31/01/2020	G4H6		300,00	DR. EL MAKHLOUP AII Professeur Agrégé Cardiologie 5, Rue Med. Abdouh - Casa Tél : 05 22 29 81 55 / 05 22 47 26 89
PHARMACIE	31/01/2020			821,10	PHARMACIE OLIVER Nathalie BENNANI 55A Rue Mohammed VI - Casablanca Tél : 05 22 29 81 55 / 05 22 47 26 89
ANALYSES / RADIOGRAPHIES	28 JAN. 2020	BASO, PLAS		210,00	Laboratoire d'Analyses Médicales EL ANASSER 162, Rue Mustapha El Achir Tél : 05 22 27 66 24 / 27 66 73 - Casablanca
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

FEUILLE DENTAIRE

(Précisez impérativement s'il s'agit d'un devis ou d'une facture)

☐ DEVIS

Etabli le :

☐ EXECUTION

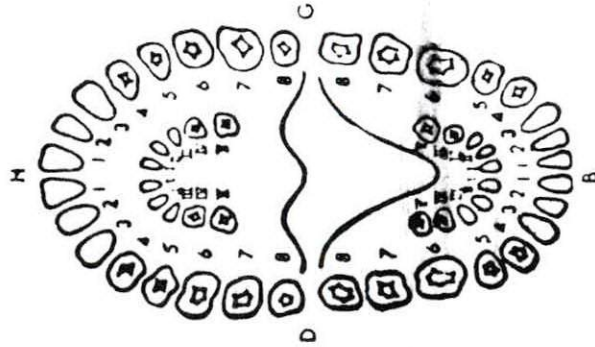
Traitement

Commencé le :

Terminé le :

SCHEMA DENTAIRE

(à remplir SVP)



SOINS

Nature de l'acte

Coef.

PROTHESE ET ODF

Nature de la prothèse ou semestre de l'ODF

Cotation

COUT GLOBAL DES SOINS

DH :

COUT GLOBAL DE LA PROTHESE OU DE L'ODF

DH :

Avis du médecin conseil de la Compagnie

Cachet et signature du praticien

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 CNDP sous le n° A-A-101/2014

ATLANTA
ASSURANCES

شركة التامين و إعادة التامين اطلانتا
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 Compagnie
ATLANTA ASSURANCES
57, Angle Rue Pinet Bd Abdelmajid - Casablanca
Tél : (212) 522.42.95.01 Fax : (212) 522.42.95.02
Tél : (212) 520.42.95.01 Fax : (212) 520.42.95.02

N° de police : 06/109

N° d'adhérent : 044

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

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

Prénom du patient (e) : HAMID

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : 2e MERE

Montant des frais exposés (en DH) : 1336,60

A : CASABLANCA 04/02/2020 Signature de l'adhérent (e) : B...

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre : Appréciation du médecin conseil :

**CABINET DE CONSULTATIONS
ET D'EXPLORATIONS
CARDIO-VASCULAIRES**

الدكتور المخلوف علي
Docteur EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé

Casablanca, le 06.01.2020 البيضاء في

Nom et Prénom : Mr BENICIRANE Hamid

Examen du sang

- | | |
|--|--|
| ☐ Créatinémie | ☐ ASLO |
| ☐ Urée sanguine | ☐ Fibrinémie |
| ☐ Acide Urique | ☐ Taux de Prothrombine + INR |
| ☐ Glycémie à jeun | ☐ Ionogramme sanguin |
| ☐ Cholestérol total, HDL, LDL | ☐ P.S.A. |
| ☐ Triglycérides | ☐ T3 ☐ T4 ☐ TSHus |
| ☒ SGOT - SGPT - γ -G.T. | ☐ b Glycosylée |
| ☐ Marqueurs hépatites B et C | ☐ Troponine |
| ☐ VS, NFS avec plaquettes | ☐ R.P |
| ☐ CPK | ☐ Electrophorèse des protides |
| ☐ CPKmb | ☐ Protidémie |
| ☐ Dosage de la vitamine D | ☐ D-Dimers |
| ☐ Ferritinémie | |

Examen des urines

- ☐ Recherche de l'Albumine
- ☐ Microalbuminurie de 24 heures
- ☐ Cyto. Bac. des urines
- ☐ Ionogramme Urinaire

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, le 31 Janvier 2020

Mr Hamid BENKIRANE



(307013)

1 - KARDEGIC 75 mg :
1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET



(243.0013)

2 - CRESTOR 10 mg : 1 CP LE SOIR A NE PAS ARRETER
SANS ARRET

PHARMACIE OLIVER
Narjisse BENNANI
55A Rue Othman Bnou Affan Casablanca
Tél: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 66

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdou - 05 22 47 26 89
Tél: 05 22 29 81 55 / 59

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54

OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHI (PHARMACIEN BIOLOGISTE).

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE LYON

462, Rue Mustapha El Maani - Casablanca Tel : 022-27.66.73/24 Fax : 022-26-50-87

I.C.E :001543075000027 - RC : 1631 - Pat : 34201990 - CNSS : 128091 - RIB : ATW007780000000180200001638

Facture N:

19 / 15962

INPE : 093000180

IF : 41802740

Date : 29/01/2020

Suite aux Analyses Effectuées Le 29/01/2020

Sous La Prescription Du Docteur EL MAKHLOUF

Pour BENKIRANE HAMID

Ayant La Référence : KM418

Organisme :



KM418

Bilan :

~TGO~TGP~GGT

Cotation : B 150 + Prelevement

Montant Net : 210 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX CENT DIX DHS

M.S. EL HAROUCHI Mohamed Sah
Laboratoire d'Analyses
Médicales LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maani
Tel: 05 22 27 66 24 / 27 66 73 - Casablanca

مختبر التحليلات الطبية لبومديك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHI

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

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

إل هاروشي محمد سعيد

إختصاصي في التحليلات الطبية

Prélèvement du : 29/01/2020 à 09:07:47

Edition du : 29/01/2020



5DK6214

Monsieur BENKIRANE HAMID

Dossier n° : KM418

Dr. EL MAKHLOUF

Page : 1/1

BIOCHIMIE

Analyses	Resultats	Normes	Antécédents
Transaminases SGOT	18	UI/l (≤ 40)	16:27/09/2018
Transaminases SGPT	23	UI/l (≤ 40)	18:27/09/2018
Gamma -G.T.....	23	UI/l (8 à 55)	28:27/09/2018

Dr. EL HAROUCHI
Laboratoire d'Analyses
Médicales LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maâni
Tél: 05.22.27.66.73 / 27.66.73 - Casabl

Welch Allyn CardioPerfect

Nom: BENKIRANE HAMID
Numéro: BENKIRANE HAMID
M ou Mme: Masculin
né le: (-)

Enregistré: 31/01/2020 07:56:47
Enregistré par
Médecin de référence
Endroit:
Commentaire:

P / PQ: 125 ms / 182 ms
QRS: 100 ms
QT/QTc/QTd: 373 ms / 392 ms / -
Axe P/QRS/T: 56° / 21° / 26°
Rythme cardiaque: 71 bpm

Dr 134182
P. 75

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél : 05 22 29 81 55 / 05 22 47 26 89

