

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.

Diagnostique 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.

Prothèse 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 046885

voir dos : 00 p19 - 003993C

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3721 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHEKROUN FARIDA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0663775535 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) :

RECOMMANDATIONS GENERALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Il est indispensable d'établir une déclaration par personne et par maladie.

Il est vivement recommandé à l'adhérent de garder une photocopie de ses dossiers maladie avant leur envoi à la Compagnie pour remboursement.

La déclaration maladie doit être **entièrement** 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.

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.

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.).

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.

A chaque changement de situation (mariage, divorce, veuvage, naissance), l'adhérent devra communiquer à la Compagnie le document justifiant ce changement.

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.

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.

En cas de non présentation à une consultation 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.

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 التأمين وإعادة التأمين
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

المقرية للتأمين
R.C. LEASING
Angle - Rue Pinel B.D. Abdelmoumen - Casablanca
Tél : (212) 522.42.95.35 (L.G.) Fax : (212) 522.42.95.02
Tél : (212) 520.42.95.35 (L.G.) Fax : (212) 520.42.95.02

N° de police :

N° d'adhérent :

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) :

Prénom du patient (e) :

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

Montant des frais exposés (en DH) :

A : le / / Signature de l'adhérent (e) :

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil

Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de dirhams
Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél.: 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14/16
C.N.S.S. 1090109 - I.F. : 1085137 - R.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle : 37990058

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : YR Benkiane Hamid
 Age du patient (e) : Date des soins : 21/1/2020
 Nature de la maladie(*) : toux, crachats purulents
 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.

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	<u>7/1/2020</u>	<u>G</u>		<u>300DH</u>	<u>Dr. Nouzha TROMRATI</u> Professeur de pneumophthysiologie et Allergologie Dr. B. Abdelhakim
PHARMACIE	<u>07.01.2020</u>			<u>563,10</u>	
ANALYSES / RADIOGRAPHIES	<u>7/1/2020</u>	<u>Rx Thorax F</u>		<u>200DH</u>	
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

FEUILLE DENTAIRE

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

☐ DEVIS

Etabli le :

☐ EXÉCUTION

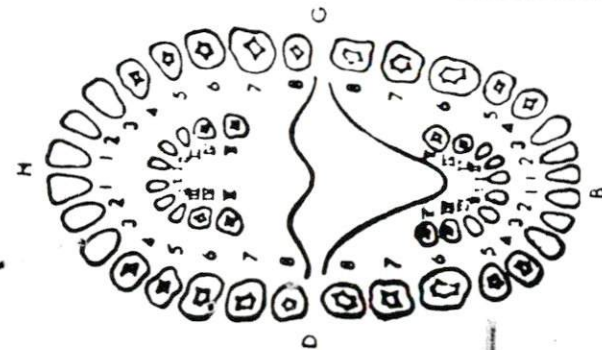
Traitement

Commencé le :

Terminé le :

SCHEMA DENTAIRE

(à remplir SVP)



SOINS

Date

Dents traitées

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

Docteur Nouzha TROMBATI

Professeur Universitaire
de Pneumophysiologie

Maladies Respiratoires - Tuberculose
Allergologie - Asthme - Sevrage Tabagique
Tests Allergologiques - Fibroscopie Bronchique
Exploration Fonctionnelle Respiratoire



الدكتورة نزهة طرنباطي

أستاذة جامعية اختصاصية
في أمراض الصدر والجهاز التنفسي
داء السل - أمراض الربو والحساسية
الإقلاع عن التدخين - تحليل الحساسية
التنظير القصبي - فحص الوظيفة التنفسية

Casablanca, le : 7 / 1 / 2020 في : الدار البيضاء

M Benkirane Hamid

- 252,60 (126,30x2)
1) Augmentin Sachet 7g (S.T.)
Sachet x 3 / 1 (S.T.)
79,20 2) Naxiflore 7g
45,20 3) xyzall 5mg
58,40 4) Solupred 5mg dispersible
3cp/i le matin après pt dej x 5j
(ce jour : à prendre après le déjeuner)

104, شارع عبد المومن - الطابق الأول - رقم 4 - الدار البيضاء - الهاتف/الفاكس : 06 63 01 55 99 / 0522 25 25 35

104, Bd. Abdelmoumen - 1er Etage - N°4 - Casablanca - Tél./Fax : 05 22 25 25 35 / 06 63 01 55 99

البريد الإلكتروني : Email : trombati066@yahoo.fr

49,30

5) Ixor up 2mg

3.4

28.~ 1cp/i Ajeun x 7j

6) Stodal 5mg

3.4

27.7 Acas x 3/i

3.2

7) Vit C 1000

46.~ 1cp/i e 1 tab

8) Skimol 5mg

3.4

1 amp x 2/i

153.~ 9) Doliprane gel 500

3.4

2 gel par prise
Si besoin

[Signature]

593.~

LOT : 0237
PER : 06 2022
PPV : 46.000DH

PHARMACIE OLIVER
Narjisse BENMAM
55A, Rue Othman Benou Achou Casablanca
Tel: 0522 27 36 57 / 0522 27 36 67

Docteur Nouzha TROMBATI

Professeur Universitaire
de Pneumophtisiologie

Maladies Respiratoires - Tuberculose
Allergologie - Asthme - Sevrage Tabagique
Tests Allergologiques - Fibroscopie Bronchique
Exploration Fonctionnelle Respiratoire



الدكتورة نزهة طرنباطي

أستاذة جامعية اختصاصية
في أمراض الصدر والجهاز التنفسي
داء السل - أمراض الربو والحساسية
الإقلاع عن التدخين - تحليل الحساسية
التنظير القصبي - فحص الوظيفة التنفسية

Casablanca, le : 7/1/2020 : الدار البيضاء، في

M Benkirane Hamid

Rx Thorax Face :

image thoracique
sensiblement normale.

104, شارع عبد المومن - الطابق الأول - رقم 4 - الدار البيضاء - الهاتف/الفاكس : 06 63 01 55 99 / 0522 25 25 35
104, Bd. Abdelmoumen - 1er Etage - N°4 - Casablanca - Tél./Fax : 05 22 25 25 35 / 06 63 01 55 99
البريد الإلكتروني : Email : trombati066@yahoo.fr

Docteur Nouzha TROMBATI

Professeur Universitaire de Pneumophtisiologie

Maladies Respiratoires - Tuberculose
Allergologie - Asthme - Sevrage Tabagique
Tests Allergologiques - Fibroscopie Bronchique
Exploration Fonctionnelle Respiratoire



الدكتورة نزهة طرنباطي

أستاذة جامعية إختصاصية
في أمراض الصدر والجهاز التنفسي

داء السل - أمراض الربو والحساسية
الإقلاع عن التدخين - تحليل الحساسية
التنظير القصبي - فحص الوظيفة التنفسية

Casablanca, le : 7/11/19

NOTE D'HONORAIRES

Je Soussigné,

Professeur :

Avoir reçu de M. : R. Benkroune Hamad.

La somme de : 200 00

En lettre : Deux cent dils

Pour :

- ☐ Consultation
- ☐ Radio Thoracique Face
- ☐ Exploration Fonctionnelle Respiratoire
- ☐ Tests Cutanés d'Allergie

104, شارع عبد المومن - الطابق الأول - رقم 4 - الدار البيضاء - الهاتف / الفاكس : 0522.25.25.35
104, Bd. Abdelmoumen - 1er Etage - N°4 - Casablanca - Tél./Fax : 0522.25.25.35
المحمول : GSM : 06 63 01 55 99 - البريد الإلكتروني : E-mail : trombati066@yahoo.fr

N° règlement : 2020010169

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2006.00000109-02

Ste contractante : MAROC LEASING

Soin du : 07/01/2020

Adhésion n° : 00000188

Adhérent(e) : *BENKIRANE HAMID

Sinistre n° : 040.2020.00003169

Malade : Lui même

Déclaré le : 16/01/2020

Date décision : 20/01/2020

Numéro RIB :

Reçu le : 13/01/2020

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	593.50	0.00	593.50	85.00	504.47
RADIOLOGIE	200.00	0.00	200.00	85.00	170.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	85.00	255.00
Totaux	1 093.50	0.00	1 093.50		929.47
Dossier n° :	Règlement compagnie (Dhs)				929.47

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)