

# 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.

## Pathologie 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.

## Éducation :

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

Reclamation : 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.

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2721 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Benchehikroun Ferida

Date de naissance : 17/05/1952

Adresse : 3 Rue M. Abdellah cosa

Tél. : 0663275535 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

3



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade :

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

Signature de l'adhérent(e) : Fayda

Le : 10/03/2020

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important:

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

### **[Création, remont, adjonction]**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



**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 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 PII 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

réf : 14 / 0102 / V 0506

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



شركة التامين و إعادة التامين ATLANTA  
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

URASINA  
15, rue 248, quartier Abdelloumien - Casablanca  
Tél. : 0522.42.95.03  
Fax : 0522.42.95.07

N° de police : 06/109

N° d'adhérent : 044

**A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)**

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

Prénom du patient (e) : HAMID

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

Montant des frais exposés (en DH) :

A : CASABLANCA le 24/02/2020 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

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EI 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:

20 / 992

INPE : 093000180

IF : 41802740

Date : 24/02/2020

Suite aux Analyses Effectuées Le 24/02/2020  
Sous La Prescription Du Docteur EL MAKHLOUF  
Pour BENKIRANE HAMID  
Ayant La Référence : KN487

Organisme :



KN487

## Bilan :

~TROP~DDIM

Cotation : B 550 + Prelevement

Montant Net : 745 Dhs

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

SEPT CENT QUARANTE CINQ DHS

El HAROUCHI Mohamed Saïd  
Laboratoire d'Analyses  
Medicales Labomedic  
22, Rue Mustapha El Maani - Casablanca

7440522276624123672

CABINET DE CONSULTATIONS  
ET D'EXPLORATIONS  
CARDIO-VASCULAIRES

الدكتور المخلوف على  
Docteur EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé

Casablanca, le 24/04/2020

Nom et Prénom : M. Benkiran Hach.

Examen du sang

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

Examen des urines

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

ر. نفحة محمد عبدو - الشقة 2 - (الطابق الأسفل) - الهاتف : 0522.79.85.32 - م : 0522.29.81.55 / 59 / 0522.47.26.89  
5, rue Mohamed Abdou - Appt n° 2 (R.C.) - Casablanca - Té. C. : 0522.29.81.55 / 59 / 0522.47.26.89 - D. : 0522.79.85.32  
Fax : 0522.22.62.97 فاكس :

# 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

احترافي في التحاليلات الطبية

Prélèvement du : 24/02/2020 à 07:57:57

Edition du : 24/02/2020



SDK6214

Monsieur BENKIRANE HAMID

Dossier n° : KN487

Dr. EL MAKHLOUF

Page : 1 / 2

### HEMATOLOGIE

Analyses	Resultats	Normes	Antécédents
D-DIMERES	280	ng/ml ( < = à 500 )	

Dr. EL HAROUCHI Mohamed Saïd  
Laboratoire d'Analyses  
Médicales LABOMEDIC  
462, Rue Mustapha El Maâni  
Tél: 05.22.27.66.24 / 27.66.73 - Casablanca

# 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

اختصاصي في التحاليلات الطبية

Prélèvement du : 24/02/2020 à 07:57:57

Edition du : 24/02/2020



SDK6214

Monsieur BENKIRANE HAMID

Dossier n° : KN487

Dr. EL MAKHLOUF

Page : 1 / 2

## BIOCHIMIE

Analyses	Resultats	Normes	Antécédents
Troponine Ic .....	<0.1	ng/ml	( < = à 0.1 )

EL HAROUCHI Mohamed S.  
Laboratoire d'Analyses  
Médicales LABOMEDIC  
462, Rue Mustapha El Maâni  
Tél : 05.22.27.66.24 / 25  
6673 - Casablanca

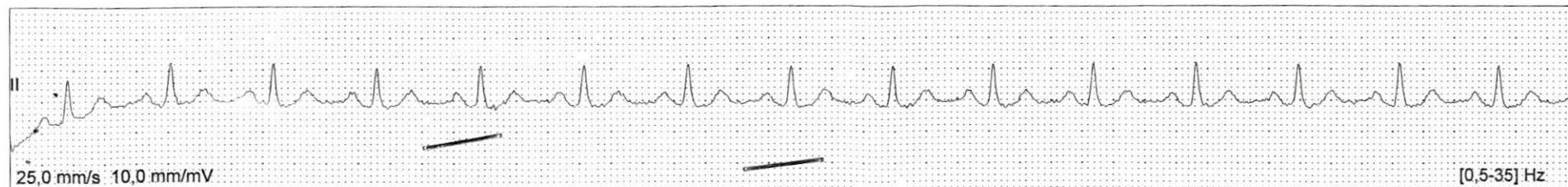
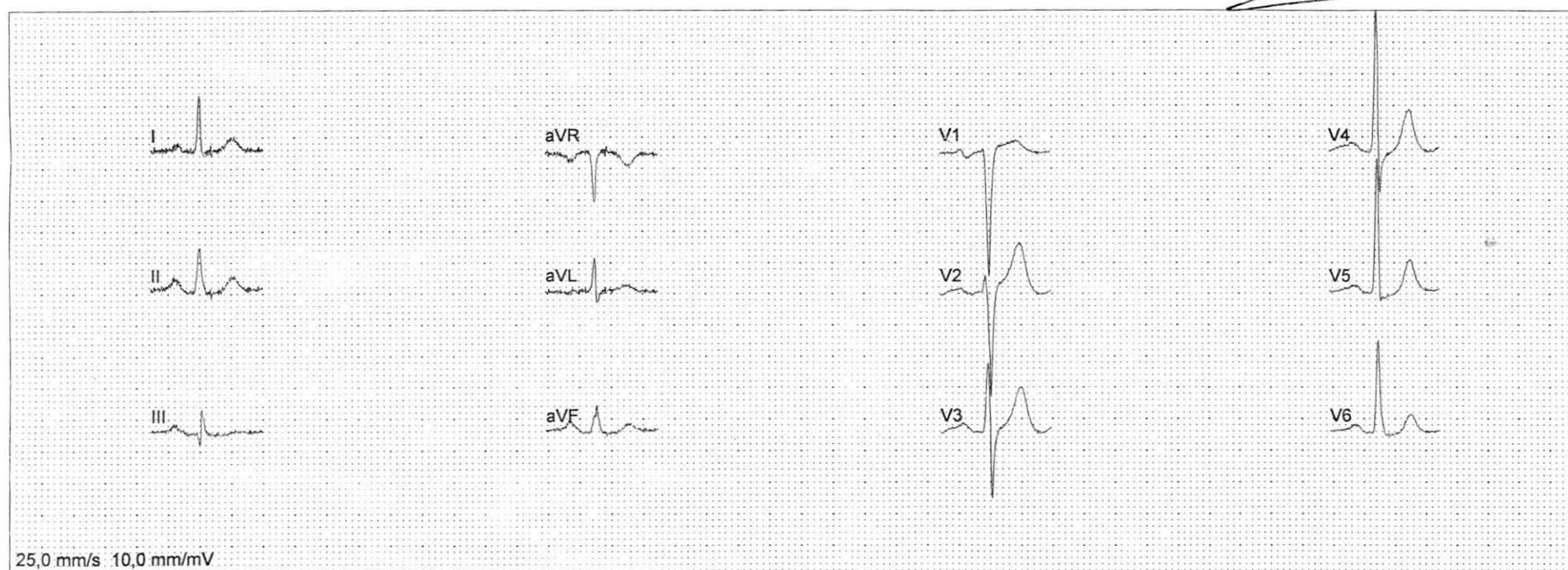
# Welch Allyn CardioPerfect

Nom: BENKIRANÉ HAMID  
Numéro: BENKIRANE HAMID  
M ou Mme: Masculin  
né le: 02/09/1953 Age: 66 ar

Enregistré: 24/02/2020 07:44:50  
Enregistré par  
Médecin de référence  
Endroit:  
Commentaire:

P / PQ: 127 ms / 172 ms  
QRS dur: 125 ms  
QT / QTc / QTd: 338 ms / 394 ms / -  
P/QRS/T axis: 60° / 38° / 28°  
Rythme cardiaque: 92 bpm

DR. EL MAKHLOUF AH  
Assesseur Agrégé Cardiologie  
1, Rue Med. Abdouh - Casa  
+212 522 24 81 56/59 - 05 22 47 26 89



*retirer*

N° règlement : 2020020022



## DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

**Contrat n°** : 004.2006.00000109-02  
**Adhésion n°** : 00000188  
**Malade** : Lui même  
**Numéro RIB** :

**Ste contractante** : MAROC LEASING      **Soin du** : 24/02/2020  
**Adhérent(e)** : \*BENKIRANE HAMID      **Sinistre n°** : 040.2020.00072348  
**Déclaré le** : 03/03/2020      **Date décision** : 04/03/2020  
**Reçu le** : 26/02/2020

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	85.00	255.00
Pharmacie	745.00	0.00	745.00	85.00	633.25
<b>Totaux</b>	<b>1 045.00</b>	<b>0.00</b>	<b>1 045.00</b>		<b>888.25</b>
Dossier n°	:	Règlement compagnie (Dhs)			<b>888.25</b>
<b>Observation(s)</b>	:	<b>Signature Adhérent(e)</b>			