

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

M22- 0018706

148264

Matricule : 6794

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Retraite

Nom & Prénom : OUIHAFSA MED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 2631 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 :

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 :

Le : 5/2/23



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
			-

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
D	25533412 21433552 00000000 00000000
	00000000 00000000 35533411 11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° règlement : 2023002901

 AtlantaSanad
DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Ste contractante : RENAULT COMMERCE MAROC

Adhésion n° : 00000086

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Soin du : 23/11/2022

Malade : Lui-même

Déclaré le : 01/01/2023

Sinistre n° : 040.2022.00801188

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Date décision : 09/12/2022

Reçu le : 07/12/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE GENERALISTE	170.00	0.00	170.00	80.00	136.00
(*) Pharmacie	467.80	357.00	110.80	80.00	88.64
BIOLOGIE MEDICALE	450.00	0.00	450.00	80.00	360.00
BANDELETTE	500.00	0.00	500.00	80.00	400.00
(**) Pharmacie	444.00	0.00	444.00	80.00	355.20
Totaux	2 031.80	357.00	1 674.80		1 339.84

Dossier n° :

Règlement compagnie (Dhs)

1 339.84

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

(*) NR/ITAFLAM.CHONDROSAN.MYOBIL

(**) NR/ITAFLAM.CHONDROSAN.MYOBIL



**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 dentaire, 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, reéducation ... 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 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 CNDP 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 Cachet Contractante

Matricule de l'assuré

N° de police / N° de filiale

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales) N° CIN B349234

ELKHAYAT TAHIRA

Nom et prénom du malade Lien de parenté

ELKHAYAT TAHIRA lui-même

Date des soins Signature de l'assuré

Montant des frais exposés 2031.80

Cadre réservé à Atlantasanal

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré ELKHAYAT TAHIRA Matricole : CIN B349234

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

Frais exposés 2031.80 Date de dépôt : A/12/22

N° de sinistre : Numéro de bordereau :

(si ouverture par système) Date des soins :

AS0001940097/20

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN			
NOM et Prénom du malade <u>EL KHATIB TAHRA</u> . Ans _____			
Nature de la maladie <u>ATROPHY</u>			
En cas d'Accident (Causes et Circonstances)			
DETAIL DES SOINS			
CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION			EXECUTION DES ORDONNANCES
Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'Et. hospitalier.	Dates Montant Cachet du pharmacien
	<u>170DH</u>	<u>Dr. BELACHMI Fadoua</u> Medecin Generaliste 24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1er Etg Ain Sebaa Casablanca	<u>31/11/22</u> <u>167,80</u>
ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien
<u>26/11/22</u>	<u>3300</u>	<u>14500</u>	<u>Dr. BELACHMI Fadoua</u> Medecin Generaliste 24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1er Etg Ain Sebaa Casablanca
ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX			
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien
<u>28/11/22</u>	<u>Mar</u> <u>TEL/B</u> <u>Em</u> <u>CH</u> <u>CANAL</u>	<u>500</u>	<u>Dr. BELACHMI Fadoua</u> Medecin Generaliste 24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1er Etg Ain Sebaa Casablanca

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



 PARA ILYASS
Vente des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

Client : ELKHAGAR
DANISHA

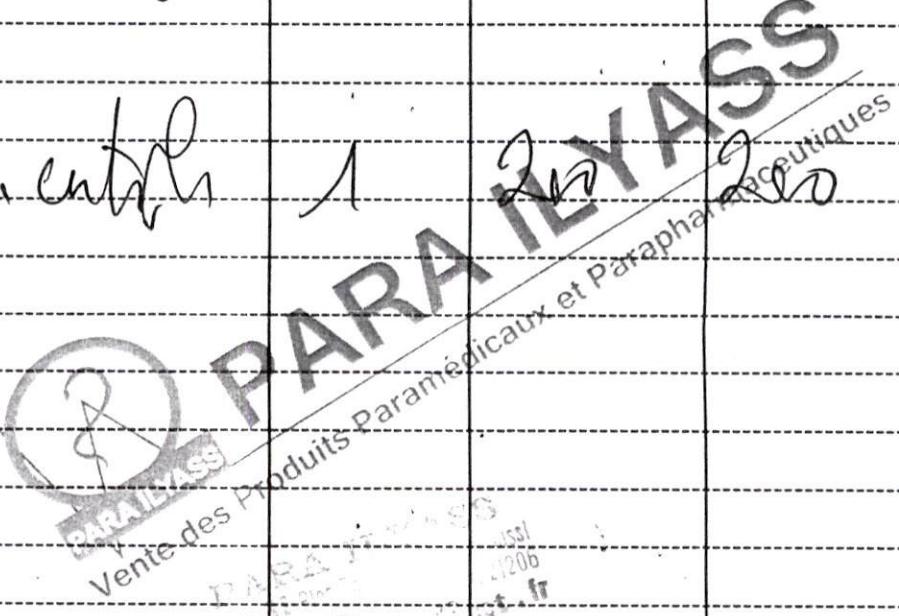
FACTURE N° 217129

Wardrobe 10 ft. 0 in. x 10 ft. 0 in.
Tall 10 ft. 0 in. x 10 ft. 0 in.

08/11/90

DATE :

Réf.	Désignation	Quantité	Prix U T.T.C	Total T.T.C
	Bretelle en tissu	2	150	300
(82)	lance ett. en tissu	1	200	200


 PARA'EXASS
 Vente des Produits Paramédicaux et Parapharmaceutiques

MONTANT H.T	TAUX T.V.A	MONTANT T.V.A	NET A PAYER
			500

Arrêtée la présente facture à la somme de :

ORDONNANCE

Dr.BELACHMI Fadoua
Medecin Generaliste
24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1er Etg
Ain Sebaa Casablanca

Dr. BELACHMI
Medecin Generaliste
24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1er Etg
Ain Sebaa Casablanca

Le 25 MAI 2011

EL KHAYAT TAH RA

30,

- Bandellette contour plus
nappx 15 (n°2)

200,

- Lancette contour plus.
nappx 15 (n° 201)

DR. BELACHMI
Fadoua
Medecin Generaliste
24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1er Etg
Ain Sebaa Casablanca

Dr. BELACHMI
Fadoua
Medecin Generaliste
24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1er Etg
Ain Sebaa Casablanca

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -
BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86

Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 18h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
www.bioidiag.ma/labofarb

Référence : 22111063

Mme EL KHAYAT (Ep OUHAFSA) Tahra

10-09-2022

Glycémie à jeun
(RESPONS)

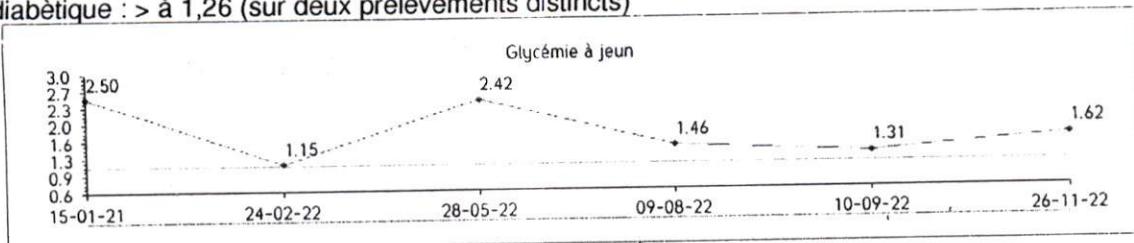
1.62 g/L
8.99 mmol/L

(0.70-1.10)
(3.89-6.11)

1.31

Consensus :

- Taux normal : de 0,60 à 1,10 g/L
- Diminution de la tolérance au glucose : de 1,10 à 1,26 g/L
- Sujet diabétique : > à 1,26 (sur deux prélèvements distincts)



10-09-2022

Hémoglobine glyquée (HbA1c)
(Biorad D 10)

7.90 %

8.20

Valeurs de référence :

Sujet normoglycémique : 4,00 à 6,00 % de l'hémoglobine totale.

Sujet diabétique équilibré type 2 : objectif ciblé autour de 6,50 %.

Sujet diabétique équilibré type 1 : objectif ciblé autour de 7 %

Diabète mal équilibré : taux supérieur à 8,50 %.

BIOCHIMIE URINAIRE

Protéinurie sur échantillon
(Chlorure de benzéthonium)

NEGATIF

Demande validée biologiquement par : Dr. M.BENNANI

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
LABOFAR
Dr. BENNANI MOUHSSINE
93, Rue 3, Agoud 5 - 3000 Marrakech - Casablanca
Tél. : 05 22 75 62 86 / 06 21 33 41 47

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFARBIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -
BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86

Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 18h00

Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
www.biodiag.ma/labofarbCode Patient 18010161
Edition : 28-11-2022 à 12:30**Mme EL KHAYAT (Ep OUHAFSA) Tahra**
Né(e) le : 02-10-1944 (78 ans - F)Référence : 22111063
Médecin : Dr BELACHMI F
Prélèvement du : 26-11-2022 à 11:52**BIOCHIMIE SANGUINE**

Sodium (Na) (i-Smart 30)	147 mmol/L	(137-147)	143
Potassium (K) (i-Smart 30)	4.60 mmol/L	(3.60-5.30)	4.20
Chlore (Cl) (i-Smart 30)	106 mmol/L	(98-107)	105
Créatinine (Dosage cinétique de Jaffé - HITACHI)	7.8 mg/L 68.6 µmol/L	(<13.0) (<114.4)	8.0
Calcium (HITACHI 704)	95.00 mg/L 2.38 mmol/L	(88.00-105.00) (2.20-2.63)	99.00

Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr. BENNANI MOUHSSINE
19, Rue 2, Avenue 5 - 1000 - Tétouan - Maroc
Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

91 Rue N° 2, Amal 3, Sidi Bernoussi, 20600 Casablanca
Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86

Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 18h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
www.bioidiag.ma/labofarb



FACTURE N° : 221100522

Mme EL KHAYAT (Ep OUHAFSA) Tahra
Référence : 22111063

Date de l'examen : 26-11-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
B104	Calcium	B30	B
B105	Chlore	B30	B
B111	Créatinine	B30	B
B118	Glycémie	B30	B
B119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
B131	Potassium	B30	B
B133	Sodium	B30	B
B176	Protéine (recherche)	B20	B

Total des B : 300

TOTAL DOSSIER : 450.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cent cinquante dirhams .

Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr. BENNANI MOUHSSINE
91, Rue 2, Amal 3 - Sidi Bernoussi - Casablanca
Tél.: 05 22 75 62 85 / 06 22 33 81 67

BILAN BIOLOGIQUE

Nom / Prénom: EL KHA YATI TAHRA Date: 30/10/2021

Hématologie

- NFS - Plaquettes
- Réticulocyte
- Frottis Sanguin
- VS
- CRP

Glucose

- Glycémie à jeun
- GPP
- HbA_{1C}

Néphrologie

- Urée
- Créatinine
- Clairance de Créatinine
- Acide Urique

Ionogramme Sanguin

- Na⁺
- K⁺
- Cl⁻
- Ca⁺⁺
- Phosphore
- Mg⁺⁺

Bilan Lipidique

- Cholestérol Total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Triglycérides

Bilan Hépatique

- Phosphatases Alcalines
- Transaminases, ASAT, ALAT
- Gamma-GT
- Triglycérides

Autres: *Praticées sur échelle*

Bilan Hémostase

- Temps de Prothrombine
- TCK
- Fibrinogène
- INR

Bilan Martial

- Fer Sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine

Bilan Hormonal

- TSH
- T4L
- T3
- AC ANTI TSH
- AC ANTI T4
- AC ANTI TSH
- Cortisolémie de 8h
- FSH-LH
- OEstrogènes
- Testostérone
- Prolactine

Bilan Prostatique

- P.S.A Totale
- P.S.A Libre

Bilan Cardiaque

- CPK (créatinine Phosphokinase)
- Troponine

Bilan Phosphocalcique

- Dosage Vitamine D
- Calcémie
- Calciurie
- Phosphorémie

Groupe Sanguin

- ABO
- Rhésus
- RAI

Bilan Gestationnel

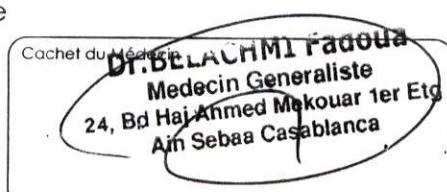
- TPHA-VDRL
- Sérologie Rubéole
- Sérologie Toxoplasmose

Ionogramme Urinaire

- Ca⁺⁺
- Phosphore
- Na⁺
- K⁺
- CL⁻
- Urée
- Créatinine

Examen des Urines

- ECBU
- Antibiogramme
- Protéinurie des 24h
- Microalbuminurie des 24h



Docteur Fadoua BELACHMI
MÉDECINE GÉNÉRALE



الدكتورة فدوی بلہشمى

الطب العام

- حاصلة على دبلوم في داء السكري
- من كلية الطب - الرباط
- رخص السيارة

05 22 75 73 74



الدار البيضاء في :
EL KHAYA TAHRA

79,00

- Ryobil cp
2cp x 15 (80gr)

S.Y

199,00

- Chondrosan gelée

S.Y

(55,40 x 2)

- 1gel 15 (03ml)

- surfam cp

1cp x 215

S.Y

79,00

- Halflam

gel chauffant
1app x 215

S.P

1 : 467,80

DR. BELACHMI Fadoua
Medecin Generaliste
24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1er Etg
Ain Sebaa Casablanca

PPC : 79,00 DH

50 ml 17 floz

LOT : 02010625
EXP : 06/2025

شارع الحاج محمد مختار الطابق الأول عين سبع - الدار البيضاء
24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1^o Etage Ain sebaa (prés de fkas fekkak) - cas.