

# 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.



Complément

**Déclaration de Maladie : N° S19- 0007402**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : **12046**

Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom : **EL GSSIER Hajer**

Date de naissance : **13/10/1980**

Adresse :

Tél. : **0600628192**

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 : **Casablanca**

Le : **07/06/2023**

Signature de l'adhérent(e) : **Vluy**

## 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 - 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

## 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2023069239

N° chèque

Contrat N° : 004.2021.00000083

Ste Contractante : OFPPT PERSONNEL ACTIF

Soin du : 24/03/2023

Adhésion N° : 11320

Adhérent(e) : BETTIOUI ZAKARIA

Sinistre N° : 040.2023.00258107

Malade : JAD

Déclaré le : 16/05/2023

Date décision : 22/05/2023

RIB : 01179300001420000083643

Reçu le : 16/05/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
BIOLOGIE MEDICALE	787,20	0,00	787,20	80	629,76
Pharmacie	109,30	98,00	11,30	80	9,04
<b>Totaux</b>	<b>896,50</b>	<b>98,00</b>	<b>798,50</b>		<b>638,80</b>
Dossier N° :	3327583		Règlement Compagnie (Dhs)		<b>638,80</b>

Observation(s) :  
Médicament NR/ALVITYL

Signature Adhérent(e)

## BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun	0.70 3.9	g/l mmol/l	(0.74-1.10) (4.1-6.1)
Sodium	134.10	mmol/l	(136.00-147.00)
Potassium	3.79	mmol/l	(3.40-5.30)
Créatinine	3.1 27.4	mg/l μmol/l	(3.1-4.7) (27.4-41.5)
Urée	0.27 4.50	g/l mmol/l	(<0.50) (<8.33)
Ferritine (Architect-ABBOTT)	48.88	ng/ml	

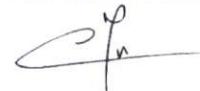
Interprétation :

Homme	:	21.81-274.66	ng/ml
Femme	:	4.63-204.00	ng/ml
Enfant	:	7 -140	ng/ml
Nouveau-née	:	50-400	ng/ml
Femme ménopausée	:	9.3-159	ng/ml

## IMMUNO-SEROLOGIE

Protéine C-réactive (CRP)	3.37	mg/l	(<5.00)
---------------------------	------	------	---------

Validé par : Dr. HALTY Jamal



Date du prélèvement : 25-04-2023 à 09:32  
Code patient : 2304250011  
Né(e) le : 05-01-2019 (4 ans)

Enfant BETTIOUI Jad  
Dossier N° : 2304250011  
Prescripteur :



## HEMATOLOGIE

### HEMOGRAMME

#### Numération Globulaire

Hématies	5.02	M/ml	(3.50-8.50)
Hémoglobine	13.4	g/dl	(12.0-18.0)
Hématocrite	40.1	$\mu^3$	(36.0-44.0)
VGM	80	%	(74-88)
TCMH	27	pg	(24-30)
CCMH	33	%	(28-33)

#### Formule leucocytaire

Leucocytes		4440 /mm <sup>3</sup>	(5 000-13 000)
Neutrophiles	31.50	% soit	1399 /mm <sup>3</sup>
Eosinophiles	9.00	% soit	400 /mm <sup>3</sup>
Basophiles	0.90	% soit	40 /mm <sup>3</sup>
Monocytes	15.10	% soit	670 /mm <sup>3</sup>
Lymphocytes	43.50	% soit	1931 /mm <sup>3</sup>

#### Numération plaquetttaire

Plaquettes	394 000	/mm <sup>3</sup>	(150 000-500 000)
------------	---------	------------------	-------------------



AKDITAL

Clinique Atfal  
مصحة أطفال

Dr. AIT LAHSINE Fatiha  
CLINIQUE ATFAL  
CLINIQUE ATFAL  
CLINIQUE ATFAL

Casablanca, le 24.04.12

EN ATTENDANT MAD

NR + PQ, CHL

Fatihia

wee , curst

Coly au si , Na<sup>+</sup> , K<sup>+</sup>

Dr. AIT LAHSINE Fatiha  
CLINIQUE ATFAL  
CLINIQUE ATFAL  
CLINIQUE ATFAL

Dr. AIT LAHSINE Fatiha  
CLINIQUE ATFAL  
CLINIQUE ATFAL  
CLINIQUE ATFAL

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 18 18 (BLG) / 05 22 23 50 73 - Fax : 0522 23 50 28

E-mail : [atfalclinique@gmail.com](mailto:atfalclinique@gmail.com)

Site web : [www.cliniqueatfal.ma](http://www.cliniqueatfal.ma)



AKDITAL

# Clinique Atfal

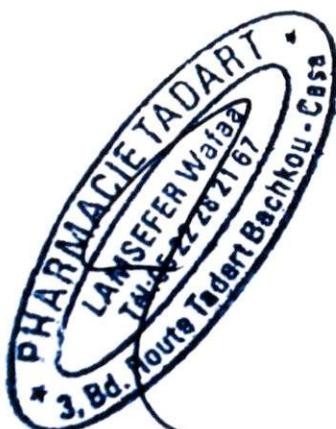
# مصحة أطفال

Casablanca, le 24/04/2023

Entertaining

11/30  
D) veggie pupp 63  
PHANTOM ADAR 46132  
11/22/2014  
#385. A. Utter Pachon  
Abby  
snoo  
A ccc

109.30



**Dr. AIT LAHSINE Fatih**  
Espace Nevi, 1er Etage, App. 2, Casablanca - 20100 Adra, Hay Mohammadi, INPE 091 0522 6063; 6010 11767

50, Bd. Abderrahim Bouabid, Oasis, Casablanca

Tél. : 05 22 23 18 18 (8LG) / 05 22 23 50 73 - Fax : 0522 23 50 28

E-mail : atfalclinique@gmail.com

E-mail : [patrickenrique@gmail.com](mailto:patrickenrique@gmail.com)

## SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

**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 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 pratiques 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 pratiques, 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 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, reéducation ... 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 durant plus de trois mois, l'assuré est invité à présenter des factures partielles.
- 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.
- 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 transmises à la Compagnie sont la propriété de la Compagnie.
- 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 CNIL sous le n° A-A-101/2014

CONVENTION GROUPE

AtlantaSanad  
ASSURANCE

123456

**DECLARATION DE MALADIE**  
(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion (Matricule)

11320

Date de  
Dépôt du dossier

Numéro de bordereau

11320

Matricule de l'assuré

11320

N° de police / N° de filiale

21/83

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)



A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)

BETTIOU ZAKARIA

N° CIN  
BE 790 947

Nom et prénom du malade

BETTIOU JAD

Lien de parenté  
fils

Date des soins

24/04/23

Montant des frais exposés

896,5

Signature de l'assuré

Cadre réservé à Atlantasanad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré

Matricule

CIN

N° de police / N° de filiale

Numéro d'adhésion

Frais exposés :

Date de dépôt

N° de sinistre

Numéro de bordereau

Date des soins

(si ouverture par système)

123456