

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 : 12976 Société : 164296

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 13/10/1990

Nom & Prénom : EL GSSIER Hajer Date de naissance : 13/10/1990

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) : V. Luy

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

RELEVÉ 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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

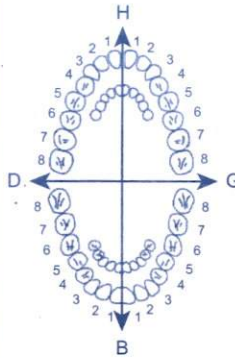
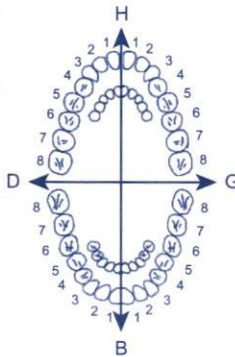
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AtlantaSanad
ASSURANCE

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2023069239

N° chèque

Contrat N° : 004.2021.00000083

Adhésion N° : 11320

Malade : JAD

RIB : 011793000014200000083643

Ste Contractante : OFPPT PERSONNEL ACTIF

Adhérent(e) : BETTIOUI ZAKARIA

Déclaré le : 16/05/2023

Soin du : 24/03/2023

Sinistre N° : 040.2023.00258107

Date décision : 22/05/2023

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
Totaux	896,50	98,00	798,50		638,80
Dossier N° : 3327583 Règlement Compagnie (Dhs)					638,80

Observation(s) : Médicament NR/ALVITYL

Signature Adhérent(e)

BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun	0.70 g/l 3.9 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 mg/l 27.4 µmol/l	(3.1-4.7) (27.4-41.5)
Urée	0.27 g/l 4.50 mmol/l	(<0.50) (<8.33)
Ferritine (Architect-ABBOTT)	48.88 ng/ml	

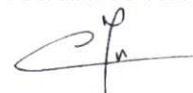
Interprétation :

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	μ^3	(36.0-44.0)
VGM	80	%	(74-88)
TCMH	27	pg	(24-30)
CCMH	33	%	(28-33)

Formule leucocytaire

Leucocytes		4440 /mm ³	(5 000-13 000)
Neutrophiles	31.50 %	soit 1399 /mm ³	(2 000-6 000)
Eosinophiles	9.00 %	soit 400 /mm ³	(100-500)
Basophiles	0.90 %	soit 40 /mm ³	(0-100)
Monocytes	15.10 %	soit 670 /mm ³	(200-800)
Lymphocytes	43.50 %	soit 1931 /mm ³	(2 000-6 000)

Numération plaquettaire

Plaquettes	394 000	/mm ³	(150 000-500 000)
------------	---------	------------------	-------------------



AKDITAL

Clinique Atfal
مصلحة أطفال

Casablanca, le 24/04/23

ENTREBETTONZ JAD

NR=12, CRP

Potassium

urea, creat

calcium, Na⁺, K⁺

مرکز التحليلات الطبية
Centre de biologie
Dr. JAMAL ALTY
Pharmacie El Mohammadi
Tél : 05 23 28 64 05
INPE : 093 00 2099

Dr. AIT LAHSINE Fatima
PEDIATRE
Espace Neil Boulbou
Ter El Mohammadi
Casablanca - Tél : 05 22 60 63 60
INPE : 091 14 1767

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

Site web : www.cliniqueatfal.ma



AKDITAL

Clinique Atfal
مصحة أطفال

Casablanca, le...

Dr. AIT LAHSINE Fatima
PEDIATRE
Espace Neill, Bd 18, Adra El Morrakochi
1er Etage Appt 2, Hay Mohammadi
Casablanca - Tél : 0522 60 63 60
INPE 0911 917 67

Ente bettious jao

11/30



rozele ppp 03

1 op

x 31,

Don

at ype

3

2g

Alutyl sing

A c c 1 a

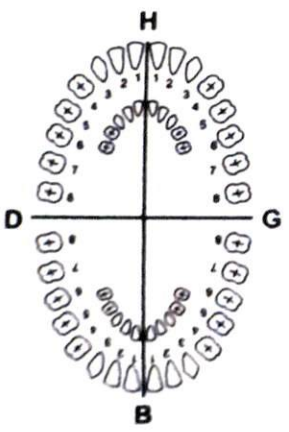
h - thi

109/30



Dr. AIT LAHSINE Fatima
PEDIATRE
Espace Neill, Bd 18, Adra El Morrakochi
1er Etage Appt 2, Hay Mohammadi
Casablanca - Tél : 0522 60 63 60
INPE 0911 917 67

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
Site web : www.cliniqueatfal.ma



Le traitement de prothèse dent d'avant être soumis à l'avis de la Commission

☐ DEVIS

Etabli le

☐ TRAITEMENT

Commencé le

Terminé le

SOINS				PROTHESE
Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	
				Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction

Partie réservée au contrôle

Montant des soins

DH

Montant de la prothèse

DH

Cachet et Signature du praticien
(à l'usage d'un devis)

Cachet et Signature du praticien
attendant l'exécution et le paiement des
soins (et ou) de la prothèse



AtlantaSanad
ASSURANCE



123456

CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion (Matricule) **11320**

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré **11320**

N° de police / N° de filiale **21/83**

Numéro de Sinistre
(si ouverture par système)

Date de
Dépôt du dossier



A remplir par l'assuré

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

BETTILOU ZAKARIA

N° CIN

BE 790 942

Nom et prénom du malade

BETTILOU JAD

Lien de parenté

Fils

Date des soins

24/04/23

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

896,5

[Signature]

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 :

ch

Date de dépôt

N° de sinistre

Numéro de bordereau

Date des soins

(si ouverture par système)



123456

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 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 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 serle 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 compte 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.