

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 canaux, 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 canaux.

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- 0007403

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12976 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL GSSIER Hajer Date de naissance : 13/10/1990
Adresse :
Tél : 060628192 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

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

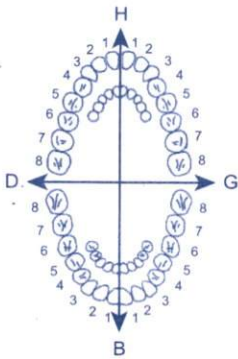
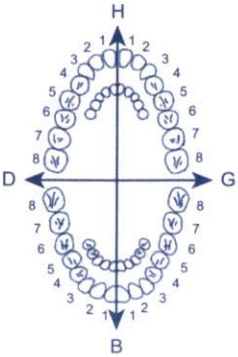
[illegible][illegible][illegible][illegible]

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS


VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



	DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



AtlantaSanad
ASSURANCE

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2023110170

N° chèque

Contrat N° : 004.2021.00000083

Adhésion N° : 11320

Malade : LUI MEME

RIB : 011793000014200000083643

Ste Contractante : OFPPT PERSONNEL ACTIF

Adhérent(e) : BETTIOUI ZAKARIA

Déclaré le : 12/09/2023

Soin du : 23/08/2023

Sinistre N° : 040.2023.00496671

Date décision : 19/09/2023

Reçu le : 12/09/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
BIOLOGIE MEDICALE	318,20	0,00	318,20	80	254,56
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300,00	0,00	300,00	80	240,00
Pharmacie	896,50	321,00	575,50	80	460,40
Totaux	1 514,70	321,00	1 193,70		954,96
Règlement Compagnie (Dhs)					954,96

Dossier N° : 3446252

Observation(s) :

Médicament NR/LOCERYL

Signature Adhérent(e)



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**

AtlantaSanad

Date de
Dépôt du dossier

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré

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

Numéro de Sinistre

(si ouverture par système)

Cachet Contractante

A remplir par l'assuré

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

BETTIOU ZAKARIA

N° CIN

BE 780 347

Nom et prénom du malade

BETTIOU ZAKARIA

Lien de parenté

Ma mère

Date des soins

23/08/23

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

1514,70

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 : dh

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

- 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 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 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 transmis 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.

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade

Nature de la maladie

En cas d'Accident (Causes et Circonstances):

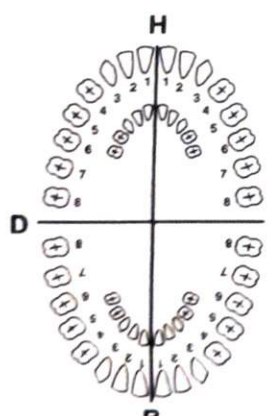
Age : Ans

Ans

DETAIL DES SOINS

[illegible]

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

 <p style="margin-top: 10px;">Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="radio"/> DEVIS Etabli le </div> <div> <input type="radio"/> TRAITEMENT Commencé le Terminé le </div> </div>				
	S O I N S		P R O T H E S E		
	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
Montant des soins DH		Montant de la prothèse DH			
<i>Caract et Signature du praticien (à compléter par le client)</i>		<i>Caract et Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins (à compléter par le praticien)</i>			

Laser



إختصاصية في الأمراض
الجلدية والتناسلية الحساسة
وعلم التجميل و الليزر

Casablanca, le 2023

23 AUG 2023

Or Bettioui Zakaria

69.00
1^e/ Laver au Alcasteil
1^e en le He le Sav.
x 12.
si diluer l'eau rose.

22/

8870

PHARMACIE DE L'AVENUE

Angle Boulevard Mohammed V
et Rue Rif - Mohammed V
Tel : 05 23 32 05 02

Client
entier
mais

un

E-mail : zouhair.kawtar@gmail.com : البريد الإلكتروني:

8968

row 1 X 5 10 15

Linear Algebra

Chomsky

Handwritten signature: "M. J. [illegible] 6/9"

Handwritten signatures and initials: "Hame" and "V.V. 00.6.11".

Handwritten: $\frac{1}{2} \text{ m} \cdot \text{s}^{-1}$

Union of India

Handwritten:

$\Delta v \times 215 \checkmark$

✓ 215 x 105

$\frac{1}{2} \times 10 = 5$

Personal and Confidential

Profesör ZOUHAR KAWTAL
Tel: 032 251 45 45
Fax: 032 251 45 45
E-posta: z.kawtal@univ-bordj.dz
0661506399

PHARMACIE DE L'AVENUE
SARL Mohammed V
1016 Boulevard
et Rue Rif - Mohammed
23 32 05 02

ক
০৭'৫৮

Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dentologie - Vénéréologie
Dermato - Allergologie
Dermatologie Esthétique
Laser



الدكتورة زهير كوثر

إختصاصية في الأمراض
الجلدية والتناسلية الحساسة
وعلم التجميل و الليزر

Casablanca, le

23 AOUT 2023

Mr BETTIOU Zakaria

- ☒ Glycémie à jeun
- ☐ Hémoglobine glyquée (Hb A 1 C)
- ☒ BL, BT, BC
- ☒ TGO/TGP/γGT, ph.al
- ☐ Lipides totaux
- ☒ Triglycerides
- ☒ Cholesterol total, libre, esterifié
- ☐ HDL
- ☐ LDL
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine
- ☐ Microalbumunurie sur les urines le 24 h
- ☐ ECBU
- ☐ Sérologie Hépatite B et C
- ☐ NFS
- ☐ VIT D2/D3
- ☐ Feritiménie
- ☐ CRP
- ☐ VS

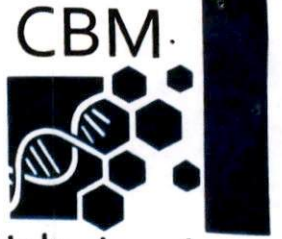
- ☐ TSH U-S
- ☐ T₄L
- ☐ T₃L
- ☐ Anticorps anti TPO
- ☐ Anticorps anti récepteurs TSH
- ☐ Prolactinémie
- ☐ FSH ☐ LH
- ☐ Testosteronémie
- ☐ 17 OH Progesterone
- ☐ Δ 4 androstédione
- ☐ DHEA ☐ SDHEA
- ☐ EX. parasito. des selles x3j

Professeur ZOUHAIR Kawtar
Dentologie
452, Abdelmoumen Center, Angle Anoual-abdelmoumen, Appt N°208, 2ème étage au dessus de la brioche dorée
Tél : 0522 86 22 20 - 0522 86 22 17 / GSM : 0661 50 63 99 / Fax : 0522 86 53 73

مركز التحاليل
Dr. JAWAHER KAWTAR
Spécialiste Biologiste
Tél : 05 23 28 04 05
INPE : 093062069

مركز الحمديّة للتحاليل الطبية Centre de Biologie de Mohammedia

HEMATOLOGIE - BIOCHIMIE - IMMUNOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - MYCOLOGIE - PARASITOLOGIE



Dr Halty Jamal

Ancien Pharmacien Biologiste
à l'hôpital Militaire HMIMV - Rabat
Diplôme Universitaire en Management
de la Qualité à l'Université
de Bordeaux - France

Date du prélèvement : 25-08-2023 à 11:28

Code patient : 2211220118

Né(e) le : 08-08-1985 (38 ans)



Mr BETTIOUI Zakaria

Dossier N° : 2308250037

Prescripteur :

BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun	0.86 g/l	(0.74-1.10)
	4.8 mmol/l	(4.1-6.1)
Bilirubine Totale	7.41 mg/l	(3.00-14.00)
	12.6 µmol/l	(5.1-23.8)
Bilirubine conjuguée (directe)	2.23 mg/l	(<5.00)
	3.8 µmol/l	(<8.5)
Bilirubine libre (indirecte)	5.18 mg/l	(<10.00)
	8.8 µmol/l	(<17.0)
Transaminases GOT (ASAT)	15.5 UI/l	(0.0-35.0)
Transaminases GPT (ALAT)	23.5 UI/l	(0.0-45.0)
Cholestérol total	2.50 g/l	

Interprétation :

Souhaitable	< 2.00	g/l
Limite de risque	2.00-2.40	g/l
Risque élevé	> 2.40	g/l

Validé par : Dr. HALTY Jamal

مركز الحمديّة للتحاليل الطبية
Centre de biologie de Mohammedia
Dr. JAMAL HALTY
Pharmacien Biologiste
Tél : 05 23 28 04 05
NPE : 093082089

مركز المحمدية للتحاليل الطبية
Centre de Biologie de Mohammedia

HEMATOLOGIE - BIOCHIMIE - IMMUNOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - MYCOLOGIE - PARASITOLOGIE



Dr Halty Jamal

Ancien Pharmacien Biologiste
à l'hôpital Militaire HMIMV - Rabat
Diplôme Universitaire en Management
de la Qualité à l'Université
de Bordeaux - France

FACTURE N° : 230800698

MOHAMMEDIA le 25-08-2023

Mr BETTIOUI Zakaria

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E10	E
	Transaminase glutamique oxalacétique	B50	B
0103	Bilirubine (Totale Directe et Indirecte)	B70	B
0106	Cholestérol total	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B

Total des B : 230

TOTAL DOSSIER : 318 20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent dix-huit dirham vingt centimes.

مركز المحمدية للتحاليل الطبية
Centre de biologie de mohammedia
Dr. JAMAL HALTY
Pharmacien Biologiste
Tel : 05 23 28 04 05
INPE : 093062099