

# 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.

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

## Déclaration de Maladie : N° S19- 0007403

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12976

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL GSSIER Hajar

Date de naissance : 13/10/1990

Adresse :

Tél. : 06 00 6 28 19 2

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. Ley.



### 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 - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

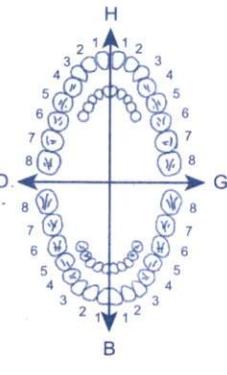
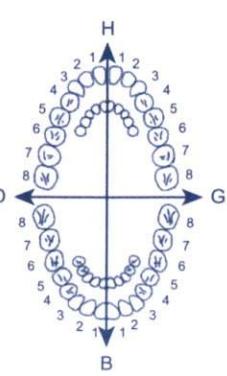
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

### 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX												
				<input type="text"/>												
				<input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>												
<table border="1" style="width: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	<input type="text"/>
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession												
				<input type="text"/>												
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b>												
				<input type="text"/>												
				<b>MONTANTS DES SOINS</b>												
				<input type="text"/>												
				<b>DATE DU DEVIS</b>												
				<input type="text"/>												
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b>												
				<input type="text"/>												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



### DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2023110170

N° chèque

Contrat N° : 004.2021.00000083 Ste Contractante : OFPPT PERSONNEL ACTIF Soin du : 23/08/2023  
Adhésion N° : 11320 Adhérent(e) : BETTIOUI ZAKARIA Sinistre N° : 040.2023.00496671  
Malade : LUI MEME Déclaré le : 12/09/2023 Date décision : 19/09/2023  
RIB : 01179300001420000083643 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
<b>Totaux</b>	<b>1 514,70</b>	<b>321,00</b>	<b>1 193,70</b>		<b>954,96</b>
Dossier N° :	3446252		Règlement Compagnie (Dhs)		954,96

Observation(s) :  
Médicament NR/LOCERYL

Signature Adhérent(e)



CONVENTION GROUPE

### 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 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 CNIDF sous le n° A-A-101/2014

### DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

#### A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion (Matricule) **11320**Date de  
Dépot du dossier

Cachet Contractante

Numéro de bordereau .....

Matricule de l'assuré .....

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)

**BETTIOUI ZAKARIA**

N° CIN

**BE 980 847**

Nom et prénom du malade

**BETTIOUI ZAKARIA**

Lien de parenté

**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 : .....



A. REMPLIR PAR LE MEDECIN	
NOM et Prénom du malade	BETTISUI Zakaria.
Nature de la maladie	Dermatose
En cas d'Accident (Causes et Circonstances)	

## DETAIL DES SOINS

## **SOINS ET PROTHESE DENTAIRES**

Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie -Vénéreologie  
Dermato - Allergologie  
Dermatologie Esthétique  
Laser



الدكتورة زهير كوثر

إختصاصية في الأمراض  
الجلدية والتناسلية الحساسية  
وعلم التجميل و الليزر

Casablanca, le .....  
23 AOUT 2023

أرجو Bettoui Zakaria

1/ لاعي في Al castel  
منطقة الـ ٦٩٠٠  
أدى الـ ١٧٠٠  
لـ diluer l'eau de  
x ١٩.

2/ دعوة  
لـ Dr. Zouhair  
A PHARMACIE DE L'AVENUE  
LA PHARMACIE SARL  
Angle Boulevard Mohammedia  
et Rue Rif - Mohammedia  
Tél: 05 23 32 05 02  
A PHARMACEUTIQUE  
Centre  
Anoual-abdimoumen  
Appt N°208, 2ème étage au dessus de la brioche dorée  
Télé: 0522 86 22 20 - 0522 86 22 17 / GSM : 0661 50 63 99 / Fax : 0522 86 53 73  
E-mail : zouhair.kawtar@gmail.com



## Professeur ZOUHAIR Kawtar

Dermatologie -Vénéreologie

Dermato - Allergologie

Dermatologie Esthetique

Laser



# الدكتورة زهير كوثر

إختصاصية في الأمراض

الجلدية والتناسلية الحساسية

وعلم التجميل و الليزر

Casablanca, le ..... 13 Aout 2023

M<sup>r</sup> BETTIOUI Zakaria

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

- TSH U-S
- T<sub>4</sub>L
- T<sub>3</sub>L
- Anticorps anti TPO
- Anticorps anti récepteurs TSH
- Prolactinémie
- FSH       LH
- Testosteronémie
- 17 OH Progesterone
- Δ 4 androstédione
- DHEA       SDHEA
- EX. parasito. des selles x3j

Dr ZOUHAIR Kawtar  
452, Anoual-Abdimoumen, Angle Anoual-Abdimoumen, 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  
E-mail : zouhair.kawtar@gmail.com

452 عبدالمؤمن سنتر زاوية أنوال-عبدالمؤمن. شقة رقم 208. الطابق الثاني فوق بريوش دوري، الهاتف: 06 61 50 63 99 / المfax: 05 22 86 53 73

452, Abdelmoumen Center, Angle Anoual-abdimoumen, Appt N°208, 2ème étage au dessus de la brioche dorée

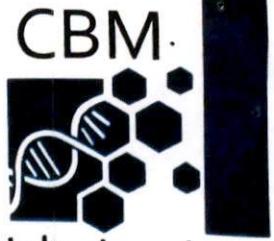
Tél: 0522 86 22 20 - 0522 86 22 17 / GSM : 0661 50 63 99 / Fax : 0522 86 53 73

البريد الإلكتروني: zouhair.kawtar@gmail.com

# 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 HMIMM - 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 4.8	g/l mmol/l	(0.74–1.10) (4.1–6.1)
Bilirubine Totale	7.41	mg/l	(3.00–14.00)
Bilirubine conjuguée (directe)	12.6 2.23	μmol/l mg/l	(5.1–23.8) (<5.00)
Bilirubine libre (indirecte)	3.8 5.18	μmol/l mg/l	(<8.5) (<10.00)
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

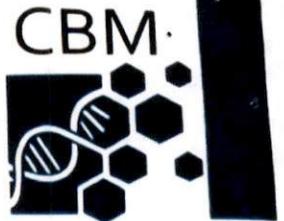
Validé par : Dr. HALTY Jamal

مركز المحمدية للتحاليل الطبية  
Centre de biologie de mohammedia  
Dr. JAMAL HALTY  
Pharmacien Biologiste  
Tél : 05 23 28 04 05  
INPE : 083062088

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