

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

MD:

76945

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6784

Société : RA.M

Actif Pensionné(e)

Autre : Rihailé

Nom & Prénom : OUAHAFSA Ned

Date de naissance : 11.52

Adresse : 3 Lots les Figuiers - Ain Seba

Tél. : 0665103302 Total des frais engagés : 3167.80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M 05 JUL. 2021 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 : 0054

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 01.7.21



N° règlement : 2021048191

 AtlantaSanad
DECOMpte DES PRESTATIONS MALADIE
ASSURANCE

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Ste contractante : RENAULT COMMERCE

Adhésion n° : 00000086

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Malade : Lui même

Déclaré le : 26/05/2021

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Soin du : 11/05/2021

Sinistre n° : 040.2021.00251631

Date décision : 27/05/2021

Reçu le : 25/05/2021

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%)/Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
BIOLOGIE MEDICALE	700.00	0.00	700.00	80.00	560.00
(*) Pharmacie	420.00	0.00	420.00	80.00	336.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE	300.00	0.00	300.00	80.00	240.00
(*) Pharmacie	1 747.80	198.00	1 549.80	80.00	1 239.84
Totaux	3 167.80	198.00	2 969.80		2 375.84
Dossier n° :		Règlement compagnie (Dhs)			2 375.84

Observation(s) :

(*) NOCICEPTOL NR

Signature Adhérent(e)

(*) NOCICEPTOL NR

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade

Nature de la maladie

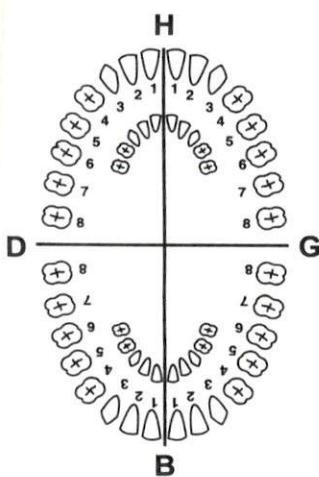
En cas d'Accident (Causes et Circonstances)

geoh. c. 1. Ans

DETAIL DES SOINS

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION				EXECUTION DES ORDONNANCES			
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'Et. hospitalier		Montant	Cachet du Pharmacien	
1/21	Cr	300	<i>CABINET DOCTEUR KABIRI ABDALLAH 133 Bd. Charras 75017 Paris Téléphone 265-14033 Fax 265-0910244</i>	174780	<i>SEFRIOLUI KRAYATEK DOCTEUR PHARMACIE ANALYSES RADIOGRAPHIES S. Bemoussy 41</i>	<i>M. MOUHSSINE</i>	
09 10 244 89				1915/01 13510	700	<i>M. MOUHSSINE S. B. Bemoussy C. 73 52 85 133</i>	
ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX							
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien				
18/15/01	PARA YASS		<i>Mansour BIBG BO N° 10 SIDI BEMOUSSI Tel/Fax: 0522734473 GSM: 0691628706 Email: Paraiyassa@hot.fr</i>	100	<i>YASS</i>	<i>YASS</i>	

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES



Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.

Partie réservée au contrôle

Montant des soins

Montant de la prothèse

**Cachet et Signature du praticien
(s'il s'agit d'un devis)**

Cachet et Signature du praticien attestant l'execution et la paiement des soins (et cu) de la prothèse.



CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion
AtlantaSanad

Date de
Dépôt du dossier

Cachet Contractante

Numéro de bordereau

Matricule de l'assuré
86

N° de police / N° de filiale
2019/130.1

Numéro de Sinistre
(si ouverture par système)

A remplir par l'assuré

N° CIN
B349234

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

Nom et prénom du malade

ELKHAYAT TAHRÀ

Lien de parenté

Signature de l'assuré

Date des soins

Montant des frais exposés

Cadre réservé à Atlantasanan

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : **ELKHAYAT**

Matricule :
CIN : B349234

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés : dh

Date de dépôt : / /

N° de sinistre :
(si ouverture par système)

Numéro de bordereau : Date des soins :



AS0000403241/20

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 transmises 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

Docteur Bennani Abdelilah

Cabinet Médical spécialisé en :

- ENDOCRINOLOGIE

- DIABETE

- NUTRITION

(Sur Rendez-Vous)



دكتور بناني عبد الله
عيادة متخصصة في :
أمراض الغدد الهرمونية
- السكري
- التغذية
(بالموعد)

Casablanca, le

11/17/21

à Khayat Tech
n° 00461c

Traitements
de Trois (3) Mois
(Renouvelable)

INP : 09-10 244 89

Moos 8

Huile de miel 50 (Quickie)

25 Ux 3

550,50 BD Gurbé. Tasse 3
— Encelle

Jardiania 10 1/2 (un)

49,60

D'ore (f)

198,00

Naceptol (creme)

23,50

Model 200

38,70

Calchnac 1g

1747,80

Horaire de Consultation:

Lundi - Vendredi : 9h -17h

Samedi (matinée) : 9h - 13h

NOCICEPTO

GEL ANTI - DOULEUR

01 PUC: 198.00 DH

C115
2024-01

الطابق الثاني، رقم 5 - (قرب ساحة آل ياسر) الدار البيضاء - الهاتف 05 22 40 33 34 / 35
433, Bd. Mohammed V, 2ème Etage Appt N° 5 - (à côté du Rond Point Albert 1er) Casablanca
GSM : 06 63 08 09 47 - Email : abdel.bennani@outlook.com

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 - 17h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
labofarbenan@gmail.com



Prélèvement du : 12-05-2021
Code Patient 18010161
Edition : 19-05-2021 à 10:09

Mme EL KHAYAT (Ep OUHAFSA) Tahra
Né(e) le : 02-10-1944 (76 ans - F)

Référence : 21050410
Médecin : Dr BENNANI ABDELILAH
Prélèvement du : 12-05-2021

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Hématies :

09-03-2021
4.50 M/mL (4.00-5.30) 4.41

Hémoglobine :

14.0 g/dL (12.5-15.5) 13.5

Hématocrite :

42.9 % (37.0-46.0) 42.3

VGM :

95 fL (80-95) 96

TCMH :

31 pg (28-32) 31

CCMH :

33 g/dl (30-35) 32

Leucocytes :

7 670 /mm3 (4 000-10 000) 9 160

Polynucléaires Neutrophiles :

51.00 % 53.10

Soit:

3 912 /mm3 (2 000-7 500) 4 864

Lymphocytes :

39.80 % 38.10

Soit:

3 053 /mm3 (1 500-4 000) 3 490

Monocytes :

8.10 % 7.90

Soit:

621 /mm3 (200-800) 724

Polynucléaires Eosinophiles :

0.80 % 0.70

Soit:

61 /mm3 (100-400) 64

Polynucléaires Basophiles :

0.30 % 0.20

Soit:

23 /mm3 (0-100) 18

Plaquettes :

144 000 /mm3 (150 000-400 000) 165 000

Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr. BENNANI MOUHSSINE
34, Rue 3 Amal 3 - Sud Gouroussi Casa
Tél.: 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86

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 - 17h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
labofarbennani@gmail.com

Référence : 21050410

Mme EL KHAYAT (Ep OUHAFSA) Tahra

VITESSE DE SEDIMENTATION (Méthode de Westergreen)

09-03-2021

VS 1ère heure

16 mm

(<10)

25

BIOCHIMIE SANGUINE

Protéine C-réactive (CRP)
(Architect Ci4100)

2.0 mg/L

(<10.0)

Créatinine
(ARCHITECT Ci 4100)

6.8 mg/L

(<13.0)

6.1

59.8 µmol/L

(<114.4)

Glycémie à jeun
(ARCHITECT Ci 4100)

1.67 g/L
9.27 mmol/L

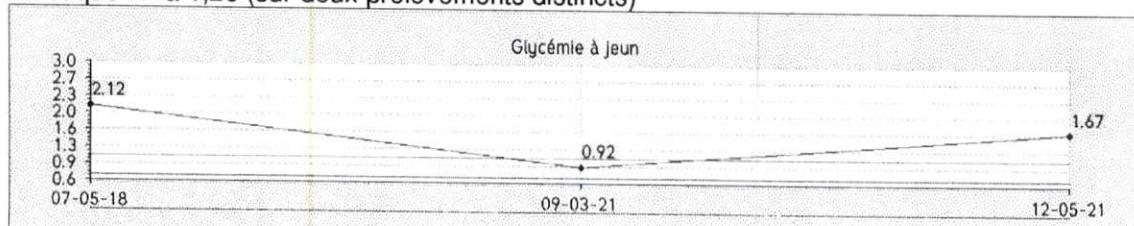
(0.70-1.10)
(3.89-6.11)

09-03-2021

0.92

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)



Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr. BENNANI Moushssine
34, Rue 3 Amal 3 - Sidi Bernoussi Casablanca
Tél. : 05 22 75 62 85 / Fax : 05 22 75 62 86

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 - 17h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
labofarbenan@gmail.com

Référence : 21050410

Mme EL KHAYAT (Ep OUHAFSA) Tahra

Hémoglobine glyquée (HbA1c) 8.70 %
(Biorad D 10)

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 %.

Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr. BENNANI Mouhssine
34, Rue 3 Amal 3 - Sidi Ghanoussi Casablanca
Tél.: 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86

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 - 17h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
labofarbenanji@gmail.com

Référence : 21050410

Mme EL KHAYAT (Ep OUHAFSA) Tahra

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN CHIMIQUE:

pH:	5.0
Sucre:	POSITIVE + + +
Albumine:	Négative
Sang:	POSITIVE +
Acétone:	Négative

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes :	56 / mm ³	(0-10)
	56 000 / ml	(0-10 000)
Hématies :	10 / mm ³	(0-5)
	10 000 / ml	(0-5 000)
Cellules épithéliales :	Rares	
Cylindres :	Absence	
Cristaux:	Absence	

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Gram :	Présence de nombreux cocci à gram positif
Cultures :	Positive
Conclusion:	
Germe isolé	ENTEROCOQUE

Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr. BENNANI Mouhssine
34, Rue 3 Amai 3 - Sidi Benhoussein Casablanca
Tél.: 05 22 75 62 85 Fax : 05 22 75 52 05

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 - 17h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
labofarbenan@gmail.com

Référence : 21050410

Mme EL KHAYAT (Ep OUHAFSA) Tahra

ANTIBIOPGRAMME

ANTIBIOPGRAMME

Pénicillines

Ampicilline :	Sensible
Amoxicilline (AMOXIL®, CLAMOXIL®, AGRAM®, BACTOX®)	Sensible
Amoxicilline-Acide clavulanique (AUGMENTIN®, CLAVULIN®)	Sensible

Macrolides

Erythromycine (ERY®, ERYTHROCINE®)	RESISTANT
---------------------------------------	------------------

Aminosides

Gentamicine (GENTAMYCIN®, GENTALLINE®)	Sensible
---	----------

Quinolones

Ciprofloxacine (CIFLOX®, CIPRO®)	RESISTANT
Norfloxacine (CHIBROXINE®, NOROXINE®)	RESISTANT

Demande validée biologiquement par : Dr. M.BENNANI

Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr. BENNANI MOUHSSINE
34, Rue 3 Amal Sidi Ben Aoussi Casablanca
Tél.: 05 22 75 62 85 / Fax : 05 22 75 62 86