

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.

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° W21-655294

97681

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 09372 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHOUAL ABDELGHANI

Date de naissance : 11/11/2021

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : HIATY SIHAN 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 : 15/12/2021

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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, rééducation ... 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 CNDP sous le n° A-A-101/2014



Atlantasanad
ASSURANCE



123456

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
Numéro de bordereau	Cachet Contractante
Matricule de l'assuré	
N° de police / N° de filiale	
Numéro de Sinistre (si ouverture par système)	

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales) HIATY SIHAN	N° CIN JA 11263
Nom et prénom du malade HIATY SIHAN	Lien de parenté
Date des soins 20/09/2024	Signature de l'assuré
Montant des frais exposés 3090,10 dh	

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

REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade HAFID SIKH Age : 40 Ans

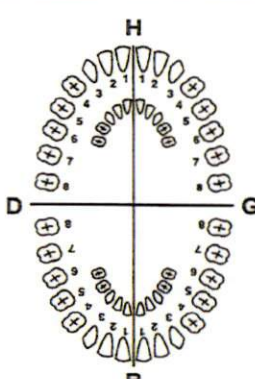
Nature de la maladie Douleur épaule droite - Arthralgie

En cas d'Accident (Causes et Circonstances) _____

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
20.09.21	C	2000 DH	<i>[Signature]</i>		
22.09.21	C	G			
				ANALYSES - RADIOGRAPHIES	
Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien		
ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX					
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien		

SOINS ET PROTHESE DENTAIRES

 <p>Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.</p>	<input type="radio"/> DEVIS Etabli le _____		<input type="radio"/> TRAITEMENT Commencé le _____ Terminé le _____		
	SOINS				PROTHESE Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons <input type="radio"/> Création <input type="radio"/> Remontage <input type="radio"/> Adjonction
	Dates	Dents traitées	Nature de l'intervention	Coefficient	
Partie réservée au contrôle	Montant des soins DH		Montant de la prothèse DH		
	Cachet et Signature du praticien (s'il s'agit d'un devis)		Cachet et Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins (et ou) de la prothèse		



AtlantaSanad
ASSURANCE

N° règlement : 2021090776

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2021.00000165-00

Ste contractante : NOVEC

Adhésion n° : 00000944

Adhérent(e) : HIATY SIHAM

Malade : Lui même

Déclaré le : 16/10/2021

Soin du : 20/09/2021

Sinistre n° : 040.2021.00584062

Numéro RIB : 013787010102258890011707

Date décision : 18/10/2021

Reçu le : 13/10/2021

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
CONSULTATION DE GENERALISTE	200.00	0.00	200.00	90.00	180.00
Pharmacie	390.10	0.00	390.10	90.00	351.09
IRM (y compris le produit de contraste)	2 500.00	0.00	2 500.00	90.00	2 250.00
Totaux	3 090.10	0.00	3 090.10		2 781.09
Dossier n° :			Règlement compagnie (Dhs)		2 781.09

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)



S_D_202148036
1-35_R-2

Docteur Abdelaziz HASSANAIN

Ex : Médecin de la Gendarmerie Royale

- Diplômé en Diabétologie & en Echographie de l'université de Montpellier
- Diplômé en Maladies des os et des articulations de l'université de Bordeaux
- Diplômé en Gériatrie de l'université de Bordeaux
- Diplômé en Dermatologie interventionnelle de l'hôpital Militaire de Rabat

Tél : 05.22.55.64.60

GSM : 06.61.77.02.02

20.09.2021

Casablanca, le

Mme HIATY Siham

1 GAPREX 75 MG

Prendre 1 gélule le soir, après le repas, pendant 2 mois.

2 ZOEAS 20 MG

Prendre 1 gélule le matin, avant le repas, pendant 14 jours.

3 ISOX 200

Prendre 1 gélule par jour, après le repas, pendant 10 jours.

4 CEDOL

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, après le repas.

Dr Abdelaziz HASSANAIN

الدكتور عبد العزيز حسنين

طبيب سابق بالدرك الملكي

- دبلوم أمراض السكري و الفحص بالصدى من جامعة

مونتيولي بفرنسا

- دبلوم أمراض العظام و المفاصل من جامعة بوردو

- دبلوم في علاج الأشخاص المسمنين من جامعة بوردو

- دبلوم في الجراحة الجلدية من المستشفى العسكري بالرباط

الهاتف : 05. 22. 55. 64. 60

المتنقل : 06. 61. 77. 02. 02

الدار البيضاء, في

204,00

82,10

82,00

22,00

3000,10

PHARMACIE ET ORTHOPEDIE
Dr. KHATTOU IBN NAFIS
33, Bd Mouassat Orth Rabat
Morocco - Tel/Fax : 05 23 30 36 36

PHARMACIE ET ORTHOPEDIE
Dr. KHATTOU Abdelkaram
IBN NAFIS
33, Bd Mouassat Orth Rabat
Morocco - Tel/Fax : 05 23 30 36 36

DR HASSANAIN ABDELAZIZ

Medecin

Bd Reda Guedira N° 214 CD

Casablanca

G.S.M : 06 61 77 02 02

RDV: 20-10-2021

شارع رضى أكديرة (شارع النيل سابقا) رقم 214 قرية الجماعة - الدار البيضاء

INPE : 091074518 - ICE : 001651921000091

Docteur Abdelaziz HASSANAIN

Ex : Médecin de la Gendarmerie Royale

- Diplômé en Diabétologie & en Echographie de l'université de Montpellier
- Diplômé en Maladies des os et des articulations de l'université de Bordeaux
- Diplômé en Gériatrie de l'université de Bordeaux
- Diplômé en Dermatologie interventionnelle de l'hôpital Militaire de Rabat

Tél : 05.22.55.64.60

GSM : 06.61.77.02.02

Casablanca , le

الدكتور عبد العزيز حسنين

طبيب سابق بالدرك الملكي

- دبلوم امراض السكري و الفحص بالصدى من جامعة مونتيولي بفرنسا
- دبلوم امراض العظام و المفاصل من جامعة بورديو
- دبلوم في علاج الاشخاص المسنين من جامعة بورديو
- دبلوم في الجراحة الجلدية من المستشفى العسكري بالرباط

الهاتف : 05. 22. 55. 64. 60

المتنقل : 06. 61. 77. 02. 02

الدار البيضاء , في

20 Septembre 2021

Mme HIATY Siham

IRM EPAULE DROITE

RC: DOULEUR EPAULE DROITE

RADIOLOGIE EL ALIA
Dr. EL GHAZOUY Nawal
1, Boulevard Sebta Mohammedia
Tél: 05 23 27 30 38 / 39
05 23 30 88 16

DR HASSANAIN ABDELAZIZ
Médecin
Bd Reda Guebara N° 214 CD
Casablanca
G.S.M. : 06 61 77 02 02

شارع رضى أكديرة (شارع النيل سابقا) رقم 214 قرية الجماعة - الدار البيضاء
INPE : 091074518 - ICE : 001651921000091



مركز الفحص بالأشعة العالية CENTRE DE RADIOLOGIE EL ALIA

د. نوال الغزولي
Dr. Nawal EL GHAZOULI

Spécialiste en Radiologie
Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ex Interne des hôpitaux de Paris.

• IRM Haut champs (1,5 Tesla) Sur place, sans rendez-vous • Scanner Spirale Multi-Barettes
• Radiologie Générale Numérique • Panoramique Dentaire Numérique • Mammographie Numérique
• Echo-doppler Couleur • Denta-scanner • Téléradiologie 4 mètres Numérique
• Ostéo-densitométrie biphotonique • Radiologie Interventionnelle • Radio-Photo

Date : 20/09/2021

Nom : HIATY SIHAM

Age : 55 ans

Médecin Traitant : Dr. ABDELAZIZ HASSANAIM

IRM EPAULE

Droit

INDICATION :

Recherche d'une pathologie de la coiffe des rotateurs.

TECHNIQUE :

IRM réalisée dans les trois plans de l'espace, en séquences pondérées T1, et en Densité protonique avec saturation du signal de la graisse.

RESULTAT :

- Aspect en hypersignal T2 FATSAT de l'insertion du muscle sus-épineux en l'absence de rupture de continuité ou de rétraction tendineuse.
- Epanchement de faible abondance pré articulaire, il s'y associe une lame d'épanchement au niveau de la bourse sous acromio-deltoidienne.
- Respect du signal et de la continuité des tendons des muscles infra épineux et sous scapulaire.
- Le tendon de la longue portion du biceps est en place dans la gouttière bicipitale.
- Pas d'épaississement au niveau de sa gaine.
- Absence d'anomalie de signal du Labrum.
- Par ailleurs, pas d'épanchement liquidien intra-articulaire au niveau de l'articulation gléno-humérale.
- La tête humérale reste normalement sphérique, sans anomalie de signal.
- Absence d'anomalie de signal osseuse.

CONCLUSION :

- IRM de l'épaule en faveur d'une tendinopathie du sus-épineux.
- Présence d'un double épanchement en l'absence de discontinuité fibrillaire visible en rapport avec une probable rupture transfixiante du sus-épineux.

Merci de votre confiance.

Dr. Nawal EL GHAZOULI

Vous pouvez accéder à votre examen en consultant le lien sécurisé suivant:
102.53.7.48:8088/images Login : 32518 Mot de passe : 19814

Tél : +212 5 23 27 30 38 - 39
Fax : +212 5 23 30 88 16
E-mail : radiologieelalia1@gmail.com
Web : www.radiologie-el-alia.ma

Adresse : 1, Boulevard Sebta (en Face des Taxis
Louizia et du passage My Abdellah) - 28830
Mohammedia

IF : 39470222
ICE : 002360127000042
INPE : 091243279



د. نوال الغزولي
Dr. Nawal EL GHAZOU
Spécialiste en Radiologie
Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ex Interne des hôpitaux de Paris.

مركز الفحص بالأشعة العالية CENTRE DE RADIOLOGIE EL ALIA

- IRM Haut champs (1,5 Tesla) Sur place, sans rendez-vous • Scanner Spirale Multi-Barettes
- Radiologie Générale Numérique • Panoramique Dentaire Numérique • Mammographie Numérique
- Echo-doppler Couleur • Denta-scanner • Téléradiologie 4 mètres Numérique
- Ostéo-densitométrie biphotonique • Radiologie Interventionnelle • Radio-Photo

Mohammedia, le 20/09/2021

Facture N° 06660/2021

Nom patient : HIATY SIHAM

Convention :

Examen

Prix

IRM EPAULE

2 500,00

Montant : 2 500,00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX MILLE CINQ CENTS DH

REGLEMENT : TPE

RADIOLOGIE EL ALIA
Dr. EL GHAZOU
1. Boulevard Sebta
Tél: 05 23 27 30 38 / 39
05 23 30 88 16

Tél : +212 5 23 27 30 38 - 39
Fax : +212 5 23 30 88 16
E-mail : radiologieelalia1@gmail.com
Web : www.radiologie-el-alia.ma

Adresse : 1, Boulevard Sebta (en Face des Taxis
Louizia et du passage My Abdellah) - 28830
Mohammedia

IF : 39470222
ICE : 002360127000042
INPE : 091243279