

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.

Educateur :

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.

Prothésiste :

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 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



Lahtou

couple mutuel

Déclaration de Maladie : N° P19- 001203

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité

Nom & Prénom : OUMHARSA Ned Date de naissance : 11.52

Adresse :

Tél. : 0665103302 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

	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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

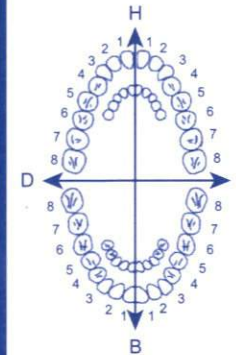
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

25533412

00000000

21433552

00000000

D

00000000

35533411

G

00000000

11433553

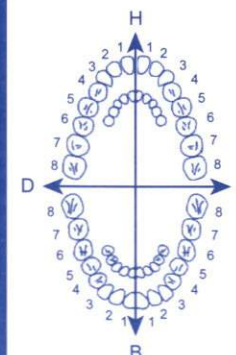
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

N° règlement 2019509142

N° chèque

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE



Contrat N° : 004.2019.00000130-01
Adhésion N° : 00000086
Malade : Lui même
RIB : 013780010032184320013948

Ste Contractante : RENAULT COMMERCE MAROC
Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA
Déclaré le : 22/05/2019
Soin du : 09/04/2019
Sinistre N° : 040.2019.00219813
Date décision : 24/05/2019
Reçu le : 21/05/2019

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) /Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
Pharmacie	571.70	0.00	571.70	80.00	457.36
BIOLOGIE MEDICALE	1 200.00	0.00	1 200.00	80.00	960.00
CONSULTATION DE SPECIALISTE	250.00	0.00	250.00	80.00	200.00
Totaux	2 021.70	0.00	2 021.70		1 617.36
Dossier N° :			Règlement Compagnie (Dhs)		1 617.36

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)

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 durent 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.

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-01/01/2014

réf : 14/0102/V0506



شركة التأمين وإعادة التأمين
Compagnie d'Assurances et de Réassurance ATLANTA
Entreprise privée régie par la loi 17-99 portant code des assurances

FEUILLE DE SOINS

A REMPLIR PAR LE SOUSCRIPTEUR

Cachet de la contractante

N° de police : 204/03-1

N° d'adhérent : 86

A REMPLIR PAR L'ADHÉRENT (E)

Nom et prénom de l'adhérent (e) : ELKHAYA TAHARA

Prénom du patient (e) : TAHARA

Lien de parenté du patient (e) avec l'adhérent : ADHERENTE

Montant des frais exposés (en DH) : 2021,70 DHS

A : Casablanca le 15/1/19 Signature de l'adhérent (e)

Liens de téléchargement de l'application mobile Atlanta :

IOS : <http://www.atlanta.ma/iphone>

Android : <http://www.atlanta.ma/android>

Ces liens vous permettent la consultation de vos dossiers maladie.

CADRE RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE

N° de sinistre

Appréciation du médecin conseil

Société Anonyme au Capital de 601.904.360,00 de Dirhams
Siège Social : 181, boulevard d'Anfa - Casablanca - Tél.: 05.22.95.76.76 (L.G.) - Fax : 05.22.36.98.12/14/16
C.N.S.S. 1090109 - I.F. 1085137 - R.C. Casablanca 16747 - Taxe Professionnelle 37990058 - ICE 001529660000034

DOCTEUR LAHLOU OMAR

SPECIALISTE DES MALADIES DE
L'APPAREIL DIGESTIF

Foie, Vesicule Biliaire, Estomac
Intestin, Hemorroides

ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE
PROCTOLOGIE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Toulouse - France
Ancien attaché au C.H.U. de Toulouse
Ancien Médecin des F.A.R
Membre de la Société Française
de Gastro enterologie et d'Hépatologie



الدكتور لعلو عمر

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
وجراحة البواسر

الكبد - المرارة - المعدة - الأمعاء - أمراض البواسر

الفحص بالمنظار الداخلي بالأشعة الصوتية
وجراحة المخزج

خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

طبيب ملحق للمركز الصحي الجامعي بتولوز سابقا

طبيب القوات المسلحة الملكية سابقا

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد

Casablanca, le : 09 AVR. 2019

TANRA OUHAFSA

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient : OUHAFSA TAHRA

Age du patient (e) : Date des soins :

Nature de la maladie : affection digestive

S'il s'agit d'un accident ou d'un traumatisme, causes et circonstances (*) :

(*) : Au cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, veuillez communiquer les renseignements sous pli confidentiel séparé, à l'attention du médecin conseil de la compagnie.

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTA-TION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	09 AVR. 2019	2		2500 HT	Docteur Omar LAHLOU Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif et Chirurgie de l'Anus 120, Rue Al Moutana Bnou Harita Amal 1 - Bernoussi - CASABLANCA Tél: 05 22 75 52 18
PHARMACIE	9/4/2019			571,70	
ANALYSES / RADIOGRAPHIES	18/4/19	B900		1200,00	LABORATOIRE MEDICAL DR. BENJAMIN MOKHTAR 34, Rue 3 Amal 1 - Sidi Belarousei Casa Tél: 05 22 75 62 05 - Fax: 05 22 75 62 06
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					

→ Charge réelle quant à l'acte de UHVC par PCR en keeps réel



LABORATOIRE MEDICAL
DR. BENJAMIN MOKHTAR
34, Rue 3 Amal 1 - Sidi Belarousei Casa
Tél: 05 22 75 62 05 - Fax: 05 22 75 62 06

DOCTEUR LAHLOU OMAR

SPECIALISTE DES MALADIES DE
L'APPAREIL DIGESTIF

Foie, Vesicule Biliaire, Estomac
Intestin, Hemorroïdes

ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE
PROCTOLOGIE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Toulouse - France
Ancien attaché au C.H.U de Toulouse
Ancien Médecin des F.A.R
Membre de la Société Française
de Gastro enterologie et d'Hépatologie



الدكتور لجلو عمر

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
وجراحة البواسير

الكبد - المرارة - المعدة - الأمعاء - أمراض البواسير

الفحص بالمنظار الداخلي بالأشعة الصوتية
وجراحة المخرج

خريج كلية الطب بتولوز - فرنسا

طبيب ملحق للمركز الصحي الجامعي بتولوز سابقا

طبيب القوات المسلحة الملكية سابقا

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد

Casablanca, le :

9/04/148

46,00

STUATSA TAHRA

10

STUATSA 40 mg

1/2 + 1/2 avant

98,80

le repas : 1 fois

46,90 (20)

STUATSA 400 mg

1 cp 3x/5

46,90

30

STUATSA 400 mg

1 cp 3x/5

810,00

71,70 (40)

STUATSA 500 mg

1 cp 2x/5

05.22.75.52.19 : الفاكس : 05.22.75.52.18 - الهاتف : (أمام ثانوية المختار السوسي) - 120, Rue Al Moutana Bnou Harita, Amal 1 - Bernoussi (en face du L. Mokhtar Soussi) - Tél.: 05.22.75.52.18 Fax: 05.22.75.52.19
الحياة الوائيس : 29, روستاند الوائيس - الدار البيضاء - الهاتف : (+212)05.22.999.444 - الفاكس : (+212)05.22.254.613
Alhayat Oasis : 29, Rue Rostand, Quartier Oasis - Casablanca - Tél.: (+212)05.22.999.444 (lignes groupées) - Fax: (+212)05.22.254.613
E-mail : docteurlahlouomar@gmail.com



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
LABOFAR

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

34, Rue 3, Amal 3, Sidi Bernoussi, Casablanca

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

FACTURE N° : 190400616

Mme EL KHAYAT (Ep OUHAFA) Tahra
Référence : 19041212

Date de l'examen : 18-04-2019

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0326	Hepatite C / ARN par PCR	B900	B

Total des B : 900

TOTAL DOSSIER : 1200.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille deux cents dirhams .

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
LABOFAR
Dr. BENNANI Mohammed Mouhssine
34, Rue 3, Amal 3 - Sidi Bernoussi Casablanca
Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86
labofarbennani@gmail.com

ICE : 001535545000025

IF : 43900655

CNSS : 2175570

Patente : 31603034



Biologistes co-responsables : Sylvie Cado, Nesrine Day

Biologistes médicaux

H. Belaouni

B. Caron Servan

J.M. Costa

M.M. Coude

I. El Rajji Ridah

S. Defasque

F. Floch

A. Ganon

S. Haim-Boukobza

P. Kleinfinger

I. Lacroix

L. Lohmann

S. Mehral Sedkaoui

Y. Pepino

J.D. Poveda

S. Samaan

S. Schmit

S. Trombert

D. Trost (Biologiste généticien)

M. Valduga

L. Verdurme

Médecins anatomo-cytopathologistes

C. Bergeron (Responsable)

M. Bonnière

S. Chanel

Y. Elouaret

A. Gaulier

M. Grossin

K. Hadid

L. Miranda

G /w 994-101 /s 994-101

OUHAFSA

TAHRA

Né(e) le 02.10.1944

Sexe : F

Dossier n° : 19D0708779

LABM LABOFAR

DOCTEUR BENNANI MOUHSSINE

34 RUE 3 AMAL 3 SIDI BERNOUSSI

20250 CASABLANCA

MAROC

Transmis par LABM LABOFAR

Vos références : INMA357527 / 19041212

08178

Enregistré le : 25.04.2019

Edité le :

26.04.2019

Ex envoyé(s) au(x) : Laboratoire

● **HEPATITE C**

Prélèvement : 18.04.2019 Plasma EDTA 11h 00

● **QUANTIFICATION DE L'ARN DU VHC CIRCULANT (RT-PCR temps réel Cobas 8800 Roche)**

Domaine de quantification : 15 - 100.000.000 UI/mL (1,18 - 8 log)

< 15 UI/ml

Absence de détection d'ARN du virus de l'hépatite C.

Résultat à corrélérer aux données cliniques et biologiques.

Jean-Dominique Poveda (01 34 40 20 20)

Compte rendu complet