

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

couple renouvelée

Lahcen

Déclaration de Maladie : N° P19- 001203

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : Rehaile

Nom & Prénom : OULHA FSA Red Date de naissance : 11.52

Adresse :

Tél. : 06.65.40.33.82 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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

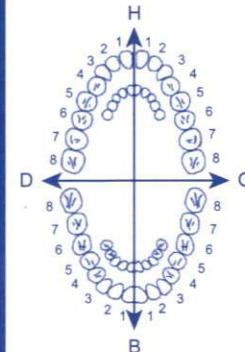
AUXILIAIRES MEDICAUX

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

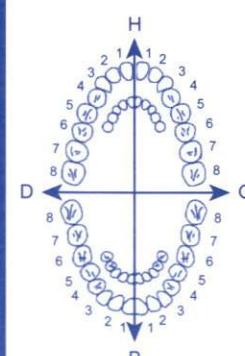
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

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

ATLANTA
ASSURANCES

Contrat N° : 004.2019.00000130-01

Ste Contractante : RENAULT COMMERCE MAROC

Soin du : 09/04/2019

Adhésion N° : 00000086

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Sinistre N° : 040.2019.00219813

Malade : Lui même

Déclaré le : 22/05/2019

Date décision : 24/05/2019

RIB : 013780010032184320013948

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 GÉNÉRALES POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.
- ref : 14 / 0102 / V 0506



شركة التامين و إعادة التأمين المغربية
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) : EL KHAYA TAARA

Prénom du patient (e) : TAARA

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

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

الدكتور لahlou عمر

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
و جراحه البواشر

الكبد - البرارة - المعدة - الأمعاء - أمراض البواشر

الفحص بالمنظار الداخلي بالأمواج الصوتية
وجراحة المخرج

خبير كلية الطب بتولوز - فرنسا

طبيب مدقق للمركز الصحي الجامعي بتولوز سابقًا
طبيب القوات المسلحة الملكية سابقًا

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض الجهاز الهضمي والكبد



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 entérologie et d'Hépatologie

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom et prénom du patient (e) : **TAHRA HAFSA BOU**

Age du patient (e) : **20** Date des soins :

Nature de la maladie (x) : **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.

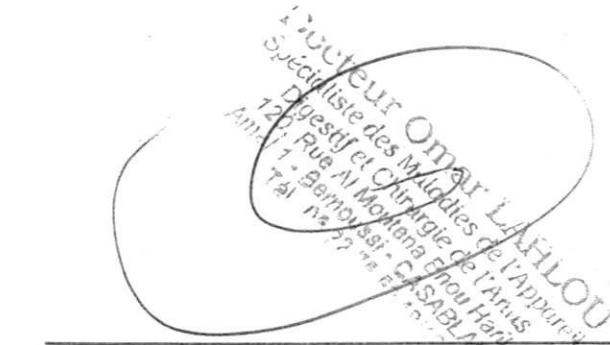
Casablanca, le : **09 AVR. 2019**

TAHRA

HAFSA

→ CHARGE VERTE QUANTITATIVE
de UHVC par PCR
en temps réel

PRATICIEN	DATE	NATURE DES ACTES	COTATION	HONORAIRES	SIGNATURE ET CACHET DU PRATICIEN
MEDECINS TRAITANTS	09 AVR. 2019	G		250 DHS	Dr. BEHMAMI MAMOUNI 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 Fax: 05.22.75.52.19
PHARMACIE	9/4/2019			571,70	
ANALYSES / RADIOGRAPHIES	18/4/19	B 900		1200,00	LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES Dr. BEHMAMI MAMOUNI 34, Rue 3 Amal 3 - Sidi Bernoussi Casablanca Tél.: 05.22.75.62.00 - Fax: 05.22.75.62.06
AUXILIAIRES MEDICAUX					
OPTICIEN					



120، زنقة المثنى بن حازنة، أمل 1 البرنوسي (أمام ثانوية المختار السوسي) - الهاتف : 05.22.75.52.18 - الفاكس : 05.22.75.52.19
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 الواتسنس : 29، روستاند الواتسنس - الدار البيضاء - الهاتف : (+212)05.22.254.613 - الفاكس : (+212)05.22.999.444
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 médicales
LABJAHAR
Dr. BEHMAMI MAMOUNI
34, Rue 3 Amal 3 - Sidi Bernoussi Casablanca
Tél.: 05.22.75.62.00 - 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 Gastroenterologie et d'Hépatologie



الدكتور لحلو عمر

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

وجراحة البواسر

الكبد - المريء - المعدة - الأمعاء - أمراض البواسر

الشخص بالمنظار الداخلي بالمواضيع الصوتية

و جراحة المخفر

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

216,00

EUTIAFFSA TAHRA

(10)

stevia 40 mg

Agel 17 Al2+ dent

98,80

le lepas petit 1 mois

46,90

(20)

Aciclovir 400 mg

1 CP 3x10

46,90

(30)

Glycérine

1 CP 3x10

810,00

(40)

Asperen 500 mg

1 CP 2x10

571,70

*

**Dr. Lahou Omar LA
Spécialiste des maladies de l'appareil digestif
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
(+212)05.22.254.613 - (+212)05.22.999.444 - الهاتف : 05.22.999.444 -fax: 05.22.254.613
الحياة الهايس : 29, Rue Rostand, Quartier Oasis - Casablanca - Tél.: (+212)05.22.999.444 (lignes groupées) - Fax: (+212)05.22.254.613
E-mail : docteurlahoumar@gmail.com**

**LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
LABOFAR**



BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -
BACTÉRIOLOGIE - 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 OUHAFSA) 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 .



Biologistes co-responsables : Sylvie Cado, Nesrine Day

Biologistes médicaux

H. Belaouni A. Ganon J.D. Poveda
B. Caron Servan S. Haim-Boukobza S. Samaan
J.M. Costa P. Kleinfinger S. Schmit
M.M. Coude I. Lacroix S. Trombert
I. El Rajji Ridah L. Lohmann D. Trost (Biologiste généticien)
S. Defasque S. Mehla Sedkaoui M. Valduga
F. Floch Y. Pepino L. Verdurme

Médecins anatomo-cytopathologistes

C. Bergeron (Responsable) M. Grossin
M. Bonnière S. Chanel K. Hadid
S. Elouaret L. Miranda
A. Gaulier

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