

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

complémentaire
Déclaration de Maladie

M22- 0019797

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794 Société : RAN
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : OULAFSA Med
 Date de naissance : 11-52
 Adresse : n° 3606, Bd. Figueras Ain Sebaa
 Tél. 06 65 10 330 2 Total des frais engagés : 2409,50 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 28/2/24

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVÉ 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 - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

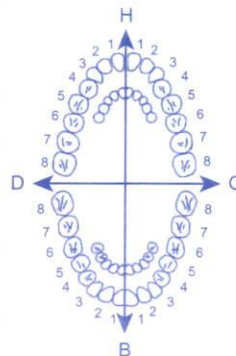
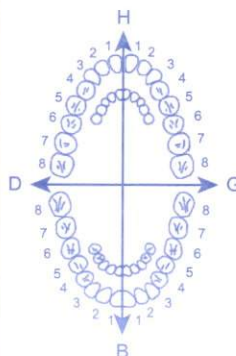
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 PPV 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

AS0002768254/20

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)

N° CIN 8349234

Nom et prénom du malade

Lien de parenté

Date des soins

25.12.23

Signature de l'assuré

Montant des frais exposés

2409,10

Cadre réservé à Atlantasanad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le

10/1/24

Volant détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré

Matricule :

CIN 8349234

N° de police / N° de filiale :

Numéro d'adhésion :

Frais exposés 2409,10 dh

Date de dépôt

10/1/24

N° de sinistre :

Numéro de bordereau :

Date des soins :

(si ouverture par système)



AS0002768254/20

CENTRE DE RADIOLOGIE RYANE

Dr. LEBBAR Khalil

Bd Baamrani AIN SEBAA Tél:0522768112

IF 40494831 ICE:001667575000062

F A C T U R E

N° : 401081358

Du : 08/01/2024

Nom patient : Mme EL KJAYAT TAHRA

Médecin prescripteur ; DrBELACHMI FADOUA

Examens	Cotation(Z)	Prix Dhs
RACHIS DORSAL FACE	15	200,00
RACHIS LOMBAIRE FACE	15	200,00
MAINS FACE	20	200,00
GENOUX (F+P)	30	600,00
Total		1 200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

Centre Radiologie Ryane
Bd. Mohamed Baamrani Lot. Chabab
Ain Sebba Casablanca
Tél: 0522 768112 - 060 88 55 822
0601 44 92 27 - INPE: 101110880

N° règlement : 2024034615



AtlantaSanad

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Ste contractante : RENAULT COMMERCE MAROC

Adhésion n° : 00000086

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Soin du : 25/12/2023

Malade : Lui même

Déclaré le : 06/02/2024

Sinistre n° : 040.2023.00789154

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Date décision : 09/02/2024

Reçu le : 05/02/2024

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
RADIOLOGIE	1 200.00	0.00	1 200.00	80.00	960.00
(*1) Pharmacie	132.10	79.00	53.10	80.00	42.48
(*2) Pharmacie	927.00	865.50	61.50	80.00	49.20
CONSULTATION DE GENERALISTE	150.00	0.00	150.00	80.00	120.00
Totaux	2 409.10	944.50	1 464.60		1 171.68
Dossier n° : as00002768254/20 Règlement compagnie (Dhs)					1 171.68

Observation(s) :

(*2) Médicament NR CHONDROSAN D 3 NORM ITAFLAM

(*2) Médicament NR CHONDROSAN D 3 NORM ITAFLAM

Signature Adhérent(e)

Docteur Fadoua BELACHMI

MÉDECINE GÉNÉRALE

- Dtu en Diabétologie de la FMPR
- Permis de Conduire



الدكتورة فدوى بلهشمي

الطب العام

- حاصلة على دبلوم في داء السكري
- من كلية الطب - الرباط
- رخصة السياقة

☎ 05 22 75 73 74

08 JAN 2024

Casablanca, le : الدار البيضاء، في

EL KHAYAT TAHRA.

61,50

- Nobic 15 — 8 4
14/5 (085) (8011)
Pres 1/24/5 (145)

189,00 x3

- Chondrosee fl
1 gel (041n) (08mno)

89,50 x3

- DZMORN gelte
Sgelte 15 (mir) (08mno)

T: 927,00

PHARMACIE
DYAR CHATII
N°4 - 1^{er} Etage - 24, Bd Haj Ahmed Mekouar
05 22 96 94 86

Dr. BELACHMI FADOUA
Médecin Généraliste
24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1^{er} Etage
Ain Sebaa Casablanca

24، شارع الحاج أحمد مكوار الطابق الأول عين السبع - الدار البيضاء
24, Bd Haj Ahmed Mekouar, 1er Etage Ain Sebaa (Près de Fkas Fekak) - Casablanca

Docteur Fadoua BELACHMI
MÉDECINE GÉNÉRALE

- Dtu en Diabétologie
- de la FMPR
- Permis de Conduire



الدكتورة فدوى بلعشمي

الطب العام

- حاصلة على دبلوم في داء السكري
- من كلية الطب-الرباط
- رخص السياقة

☎ 05 22 75 73 74

25 DEC. 2023

Casablanca le :

الدار البيضاء في :

QUESTAURA EL KHAYAT

13,10 - Release of (S/L)

1cp x 315

79,00 - Itoflam gel chauffant (S/L)

1apppx15

T: 132,10

PHARMACIE
DYER CHATII
0155 94 94 86



24 , شارع الحاج أحمد مكوار الطابق الأول عين سبع - الدار البيضاء
24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1° Etage Ain sebaa (prés de fkas fekak) - casablanca



CASABLANCA LE : 08/01/2024

NOM ET PRENOM
PRESCRIPTEUR

Mme EL KHAYAT TAHRA
Dr. BELACHMI FADOUA

Dr. Khalil LEBBAR

- Professeur Ass. de radiologie CHU (Rabat).
- Praticien certifié des hôpitaux Militaires du Val-de-Grâce (Paris).
- Ancien radiologue des hôpitaux Militaires des forces Armées Royales.
- Diplômé en radiodiagnostic et imagerie médicale de la faculté de Nancy

RX DE LA MAIN GAUCHE DE FACE

- Intégrité des interlignes et des rapports articulaires.
- Transparence osseuse normale.
- Pas de calcification des parties molles.
- Pas de déplacement des fascias graisseux.

RX DU RACHIS DORSO-LOMBAIRE F

- Déminéralisation osseuse diffuse.
- Inflexion latérale à convexité gauche du rachis lombaire.
- Ostéophytes marginaux étagés.
- Absence de tassement vertébral suspect.
- Absence de lésion osseuse focale.
- Intégrité des hauteurs intersomatiques.
- Absence d'anomalie des parties molles.

RX DES 2 GENOUX F+P

RESULTAT

- Pincement de l'interligne tibio-fémoral bilatéral, portant essentiellement sur le compartiment interne des 2 genoux, avec présence d'ostéophytes marginaux et condensation des plateaux tibiaux.
- Calcification linéaire au niveau de l'espace articulaire témoignant d'une chondrocalcinose.
- Arthrose fémoro-patellaire bilatérale prédominant à droite.

CONCLUSION

Gonarthrose bilatérale classée stade III de Ahlback.

Confraternellement.

Dr LEBBAR

CENTRE DE RADIOLOGIE
Dr. LEBBAR
RADIOLOGIE RAYAN

Adresse: Bd. Baâmrani Hay Chabab, Lot 4 Ain Sebâa - Casablanca
Tél.: 0522 768 112 - GSM: 0661 449 227

• I.R.M 1,5 Tesla

~ Corps entier

• Scanner 64 barrettes 3D

- ~ Angioscanner
- ~ Biopsie Scanoguidée
- ~ Arthroscanner
- ~ Dentascanner
- ~ Coloscanner
- ~ Enteroscanner

• Radiologie Numérisée

• Echographie

~ Doppler Vasculaire Artériel et Veineux

• Mammographie - Tomosynthèse

~ Repérage stéréotaxique

• Panoramique dentaire

• Osteodensitometrie.

Docteur Fadoua BELACHMI
MÉDECINE GÉNÉRALE

- Dtu en Diabétologie
de la FMPR
- Permis de Conduire



الدكتورة فدوى بلعشمي

الطب العام

- حاصلة على دبلوم في داء السكري
- من كلية الطب-الرباط
- رخص السياقة

☎ 05 22 75 73 74

Casablanca le : 25 DEC. 2023 : الدار البيضاء في :

Que TAHERA EL KHAYAT

- Rx de rachis dorso lombaire
face

- Rx de la main gauche
face

CENTRE DE RADIOLOGIE
Dr. Khattabi
RADIOLOGIE



24 , شارع الحاج أحمد مكوار الطابق الأول عين سبع - الدار البيضاء
24, Bd Haj Ahmed Mekouar 1° Etage Aïn sebaa (prés de fkas fekak) - casablanca