

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

Déclaration de Maladie

N° W19-410554

ND = 26739

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8152

Société :

RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

CHADIT

Abdelghani

Date de naissance :

15.07.1967

Adresse :

56, Hay Mohammadia Rue 18e 19

Tél. :

0661976344

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

06/12/2019

Nom et prénom du malade :

Elyahine Henda

Age :

20.9.1977

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 :

06/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

une feuille de soins par personne et
nement.

uille de soins doit être accompagnée de
les pieces justificatives originales
manances médicales, factures, résultats
amens de radiologie et/ou de laboratoire.

m et prénom de la personne soignée
t être portés par les praticiens eux mêmes
ique feuille de soins.

ospectus et les PPM concernant les
iments achetés doivent être joints aux
ances transmises.

uille de soins ainsi que les pièces
atives doivent être présentées à votre
le dans les deux mois qui suivent le
acte médical, sauf s'il y a traitement
continu. Dans ce dernier cas, le dossier
e présenté dans les soixante (60) jours
vent la fin du traitement.

boursement des frais engagés sera
sur la base de la tarification nationale
ence.

ues liés aux accidents du travail et
s professionnelles ne sont pas couverts.

rsone coupable de fraude ou de fausse
ion pour obtenir des prestations qui
pas dues, est passible des sanctions
t réglementaires.

tion de remboursement prise par la
est subordonnée au respect des
is réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل
حدث

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية
(وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو
المختبر)

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من
طرف الممارسين على كل ورقة علاج

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية
المشتددة وأثمنتها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى
التعاقدية التي تنتمون إليها في
ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما
عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة،
يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما)
من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة
الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض
المهنية غير قابلة للتعويض

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة
من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر
القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات
الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية
وكل ما سبق ذكره.



ورقة العلاجات المستحقة بالمرض Feuille de soins Maladie

الأمين الاجتماعي عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
م.م.م. 1.1.01.01

N Bordereau :

N Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :

Elyatime Houdy

N Affiliation :

343334

N Immatriculation :

432 824379

N° CIN :

BH 317481

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse :

SG, HAY TESSAOUA 1218 CIA

Montant des frais (Dhs) :

1340,00 dh

Nombre de pieces jointes :

02

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins :

Elyatime Houdy

Nom et prénom :

Date de naissance :

2008/1977

N° CIN :

BH 317481

Sexe :

M ☐ ذكر ☐ F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

091463015

Type de soins

Maladie *

مرض *

Pli confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Hospitalisation *

استشفاء *

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Accident *

حادث *

Causes :

أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à :

le :

0912 2019

توقيع المؤمن له (لها)

أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

le :

0612 2019

توقيع طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :

وصف العمليات المجرات

[illegible]

CIM · 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

cription des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre cle + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Cle	المبلغ المفقوتر Montant facture	موقع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramedical

2. $\frac{1}{2} \leq \alpha \leq 1$ and $\frac{1}{2} \leq \beta \leq 1$.



1. 1. The first part of the report
 2. 2. The second part of the report
 3. 3. The third part of the report
 4. 4. The fourth part of the report
 5. 5. The fifth part of the report
 6. 6. The sixth part of the report
 7. 7. The seventh part of the report
 8. 8. The eighth part of the report
 9. 9. The ninth part of the report
 10. 10. The tenth part of the report
 11. 11. The eleventh part of the report
 12. 12. The twelfth part of the report
 13. 13. The thirteenth part of the report
 14. 14. The fourteenth part of the report
 15. 15. The fifteenth part of the report
 16. 16. The sixteenth part of the report
 17. 17. The seventeenth part of the report
 18. 18. The eighteenth part of the report
 19. 19. The nineteenth part of the report
 20. 20. The twentieth part of the report
 21. 21. The twenty-first part of the report
 22. 22. The twenty-second part of the report
 23. 23. The twenty-third part of the report
 24. 24. The twenty-fourth part of the report
 25. 25. The twenty-fifth part of the report
 26. 26. The twenty-sixth part of the report
 27. 27. The twenty-seventh part of the report
 28. 28. The twenty-eighth part of the report
 29. 29. The twenty-ninth part of the report
 30. 30. The thirtieth part of the report
 31. 31. The thirty-first part of the report
 32. 32. The thirty-second part of the report
 33. 33. The thirty-third part of the report
 34. 34. The thirty-fourth part of the report
 35. 35. The thirty-fifth part of the report
 36. 36. The thirty-sixth part of the report
 37. 37. The thirty-seventh part of the report
 38. 38. The thirty-eighth part of the report
 39. 39. The thirty-ninth part of the report
 40. 40. The fortieth part of the report
 41. 41. The forty-first part of the report
 42. 42. The forty-second part of the report
 43. 43. The forty-third part of the report
 44. 44. The forty-fourth part of the report
 45. 45. The forty-fifth part of the report
 46. 46. The forty-sixth part of the report
 47. 47. The forty-seventh part of the report
 48. 48. The forty-eighth part of the report
 49. 49. The forty-ninth part of the report
 50. 50. The fiftieth part of the report
 51. 51. The fifty-first part of the report
 52. 52. The fifty-second part of the report
 53. 53. The fifty-third part of the report
 54. 54. The fifty-fourth part of the report
 55. 55. The fifty-fifth part of the report
 56. 56. The fifty-sixth part of the report
 57. 57. The fifty-seventh part of the report
 58. 58. The fifty-eighth part of the report
 59. 59. The fifty-ninth part of the report
 60. 60. The sixtieth part of the report
 61. 61. The sixty-first part of the report
 62. 62. The sixty-second part of the report
 63. 63. The sixty-third part of the report
 64. 64. The sixty-fourth part of the report
 65. 65. The sixty-fifth part of the report
 66. 66. The sixty-sixth part of the report
 67. 67. The sixty-seventh part of the report
 68. 68. The sixty-eighth part of the report
 69. 69. The sixty-ninth part of the report
 70. 70. The seventieth part of the report
 71. 71. The seventy-first part of the report
 72. 72. The seventy-second part of the report
 73. 73. The seventy-third part of the report
 74. 74. The seventy-fourth part of the report
 75. 75. The seventy-fifth part of the report
 76. 76. The seventy-sixth part of the report
 77. 77. The seventy-seventh part of the report
 78. 78. The seventy-eighth part of the report
 79. 79. The seventy-ninth part of the report
 80. 80. The eightieth part of the report
 81. 81. The eighty-first part of the report
 82. 82. The eighty-second part of the report
 83. 83. The eighty-third part of the report
 84. 84. The eighty-fourth part of the report
 85. 85. The eighty-fifth part of the report
 86. 86. The eighty-sixth part of the report
 87. 87. The eighty-seventh part of the report
 88. 88. The eighty-eighth part of the report
 89. 89. The eighty-ninth part of the report
 90. 90. The ninetieth part of the report
 91. 91. The ninety-first part of the report
 92. 92. The ninety-second part of the report
 93. 93. The ninety-third part of the report
 94. 94. The ninety-fourth part of the report
 95. 95. The ninety-fifth part of the report
 96. 96. The ninety-sixth part of the report
 97. 97. The ninety-seventh part of the report
 98. 98. The ninety-eighth part of the report
 99. 99. The ninety-ninth part of the report
 100. 100. The hundredth part of the report

Casablanca le 09-12-2019

[illegible]

Date de l'examen : 09-12-2019

Récapitulatif des analyses

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
PSA	Prélèvement sang adulte	E17	E
	Créatinine	B30	B
	Urée	B30	B
0114	Electrophorèse des protides	B100	B
0163	TSH	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
0223	VS	B30	B
0270	Hélicobacter pylori	B180	B
	ASAT (transaminase GOT)	B50	B
	ALAT (Transaminase GPT)	B50	B

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille quatre-vingt-dix dirhams

Dr BOUTAYEB KHAÏR HOUOUD
438 Bd 6 Novembre
TEL : 05 22 15 69 49

0808 32 28 98 - الفاكس : 05 22 55 69 49/50 - الهاتف : - الدار البيضاء - ابن مسيك - حمام الفنز : ابن مسيك - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 55 69 49/50 - الفاكس : 0808 32 28 98
 438, Angle Bd. 6 Novembre et Bd Reda Guedira (Ex Nil), 1er étage (En face Hammam El Fenne) Ben M'Sick - Casablanca - Tél : 05 22 55 69 49/50 - Fax : 0808 32 28
 E-mail : labonilcasa@gmail.com - Patente N° : 37976748 - C.N.S.S. N° : 4073968 - IF : 15256180 - ICE : 000116293000076

Docteur SOFIA EL MESBAHI

DERMATOLOGUE-VENEROLOGUE
Specialiste des maladies de la Peau,
des Ongles et des cheveux
Maladies Sexuellement Transmissibles
Allergologie
Chirurgie de la peau
Médecine Esthétique (Peeling, Comblement,
injection de toxine botulique, PRP, Mésothérapie)
LASER



الدكتورة صوفيا المصباحي

إختصاصية في أمراض الجلد، الأظافر والشعر
الأمراض التناسلية
حساسية الجلد
التجميل
الليزر

06/12/2019

Demande d'analyses

Le :

Mme EL YATIME Houda

Hémogramme

Bilan de la fonction rénale

Créatinine plasmatique

Urée plasmatique

Bilan hépatique

ALAT

ASAT

VS

TSHus

Recherche de l'Helicobacter pylori dans les selles (pendage)

~~Examen parasitologique des selles 3 jours de suite~~

Electrophorèse des protides

Laboratoire LABONIC

Mme EL YATIME Houda
20-09-1977



ORDO

A coller sur l'ordonnance

Dr BOUTAYEB KHAN, M.D.
Médecin Biologiste
438, Bd 6 Novembre C.D.
TEL : 05 22 55 69 41

Bd Al qods (Angle Bd Haifa) Résidence Ryad Alqods GH3, Imm 1, Appt 06, 3ème étage, Ain Chock

شارع القدس (زاوية شارع حيفا) إقامة رياض القدس، عمارة 1 الشقة 6، الطابق 3 عين الشق

الهاتف / الفاكس: 05 22 38 05 59

Royaume du Maroc



MME HOUDA ELYATIME
NR 56 HAY MESSAOUDIA
RUE 18 CITE DJEMAA CASA
CASABLANCA CITE DJEMAA
20452 CASABLANCA CITE DJEMAA

000060742577

Accus de Rception

Nº Rception : 60742577
(Nº rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prenom Assur : ELYATIME HOUDA
Immatriculation : 43824379 / 040189599
Nom et Prenom Bnficiaire : ELYATIME HOUDA
Rang Bnficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 30/01/2020 11:35
Lieu de rception : CASA SIEGE 40125
Valeur du dossier : 1340,00
Nombre de pices : 2
Code Agent : M4M0273

Code Etablissement :
Etablissement :