

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## onditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## diologie 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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0000778

89756

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 15471

Société : Royal Air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : El HILALI

Date de naissance :

Adresse : 27 Rue Tabal Seghrou Hay Essalay  
Casablanca

Tél. : 0662 802374

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) : .....

AB

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019



## tions Importantes

### le de soins par personne et par maladie

et comporter les cachets du nom et le prénom de la bénéficiaire) inscrits de la part.

peut être accompagnée de ce prescrivant les médicaments et de laboratoire, ces justificatifs : factures ainsi que les résultats et rents qui doivent être mis

de la personne malade ent être portés par les es, sur chaque pièce

concernant une maladie à la Compagnie dans les d suivant la date d'ordon-

préciser les causes, lieu et heure.

concernant les médi- joints aux ordonnances.

en médicale chirurgicale, être acc d'une 'sés,

le Médecin

- Tous les certificats, notes d'honoraires et ordonnances remis à l'occasion d'une maladie sont conservés par la Compagnie.
- Tout dossier retourné pour complément d'information doit être retransmis à la compagnie dans un délai de 3 mois à compter de la date du retour.
- Les documents et informations ayant un caractère confidentiel doivent être transmis sous pli fermé à l'attention du médecin conseil de la compagnie
- ALD-ALC : afin de pouvoir bénéficier des avantages correspondants à cette catégorie d'assurés en terme de remboursements, l'adhérent doit déclarer la maladie à l'assureur en remettant à l'un des agents gestionnaires les pièces suivantes : 1-formulaire d'examen ALD-ALC - 2-Pli confidentiel du médecin traitant précisant la nature de la maladie 3-les résultats des explorations
- Afin de proroger la garantie des enfants âgés de plus de 21 ans, l'assuré doit produire annuellement un certificat de scolarité (au début de chaque année scolaire) ainsi qu'un acte de naissance et un certificat de célibat.
- Toute fausse déclaration est passible des sanctions prévues par la Loi.
- Les surcharges du nom, de la date de consultation ou des montants engagés ne sont pas acceptées.

### Feuille de soins et prestations médicales

N° 4955477 A

Maladie

Maternité

ALD - ALC

Accident

#### Renseignements concernant l'assuré(e)

Matricule : 4080027150

N° RCAR :

Centre de gestion :

Nom : E.L. HILALI

Prénom(s) : E.L. HAJ

N° de C.I.N : A 116 502

Adresse : 27, Rue Jbel Saighan Hay Essalam

Ville : Casablanca

Montant des frais engagés : 309,00 + 2051,00 DHS

GSM : 0662 07 16 98

#### Renseignements concernant le médecin

Médecin traitant :

N° INP: 1INPE 091143875

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.

Fait à : Casablanca, le 11/02/2021

Signature de l'assuré(e)



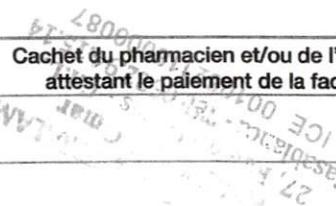
cernant le patient

Prénom(s) du patient :	El Hoc
Lien de parenté avec l'assuré(e) :	
Indiquer obligatoirement sous pli confidentiel au médecin conseil de la compagnie.	
Indiquer la cause :	
, le	

ns (à remplir par le Médecin)

Nature et coefficient	Montant des honoraires	Signature et cachet du médecin attestant le paiement des actes
en tenu	300,00	

ordonnances ( à remplir par le Pharmacien )

Montant de la facture	Cachet du pharmacien et/ou de l'opticien attestant le paiement de la facture
2051,00	

## Analyses - Radiographies

Date de l'ordonnance	Coefficients et valeurs	Montant des honoraires	Signature et cachet du laboratoire ou du radiologue attestant le paiement de la facture

## Actes médicaux ou paramédicaux - Auxiliaires médicaux

- Devis      Nombre de séances : .....      Établi le : .....
- Facture      Nombre de séances : .....      Établie le : .....

Date des soins	Nombre	Montant des honoraires	Signature et cachet du praticien

## Cadre réservé à CNIA SAADA Assurance

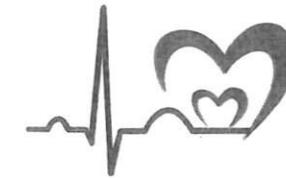
Médecin conseil	Fiche dossier

د.غية بن حيون

اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

دبلوم الفحص بالصدى بكلية بوردو II

دبلوم أمراض القلب عند الأطفال بكلية تاروس V



Dr. Ghita BENHAYOUN

Spécialiste en pathologie cardiovasculaire

D.I.U Echocardiographie

de la Faculté Victor Segalen Bordeaux II

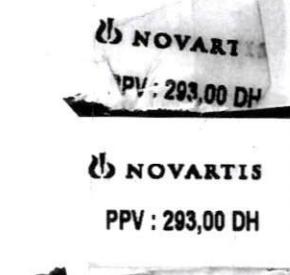
D.U cardiologie pédiatrique

de la Faculté René Descartes Paris V

21/02/2021

Dr. Ghita BENHAYOUN  
Spécialiste en pathologie cardiovasculaire  
82, Rue Moussa Ibnou Noussair, 1er étage, Casablanca  
Tél: 0522 266 250 • Fax: 0522 28 20 14  
GSM: 0661 430 60 • ghitabenhayoun@yahoo.fr

M<sup>me</sup> Echibeli Elhaj



15

Exforge 5180.

1 - 0 - 0

293,00  
X 17  
2051,00



82, Rue Moussa Ibnou Noussair, 1er étage, Casablanca

248 20 14 • Fax: 0522 48 20 14 • GSM: 0661 430 60 • ghitabenhayoun@yahoo.fr



## Décompte de remboursement du mois de mars 2021 OCP

## مرجع التعويض عن المرض لشهر مارس 2021

Matricule: 4080027150

EL HILALI EL HAJ

27 RUE JABAL SERGHOU HAY  
ESSALAM CI L CASABLANCA

CASABLANCA

Madame, Monsieur,

سيدي سيدي

Nous vous informons que nous avons procédé au remboursement  
de vos feuilles de soins sus référencées suivant décompte ci-après:نحيطكم علما اتنا قد قمنا بتعويضكم عن ملفاتكم المرضية حسب  
المراجع المفصلة كما يلي

N° de dossier	Bénéficiaire	Prestation:	Nombre Acte	Frais Engagés	Somme Remboursement	Date de règlement	Mode de règlement
4955477	Agent	PHARMACIE	1	2 051.00	1 640.80	08/03/2021	Virement
4955477	Agent	CONS CARDIO+ECG	1	300.00	250.00	08/03/2021	Virement

Total remboursement du mois de mars 2021 :

مجموع التعويضات عن الخدمات الطبية لشهر مارس 2021

Nous vous en souhaitons bonne réception et vous prions d'agrérer,  
Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

تقبلوا سيدي سيدي فائق عبارات التقدير و الإحترام.

Dr BENHAYOUN Ghita

Nom : ELHILALI LHN : 0005060

Sex : Case No. :

Age : 81Y Lit No. :

Clinique N : Date : 11/02/2021

Section :

Fréquence: 1000Hz

Temps d'écha 17s

FC: 58bpm

P Interval: 237ms

QRS Interval: 92 ms

T Interval: 202 ms

PR Interval: 100 ms

QT Interval: 409 ms

QTc Interval: 402 ms

P Axis: 26.90°Cb

QRS Axis: -29.00°Cb

T Axis: 40.00°Cb

Prompt:

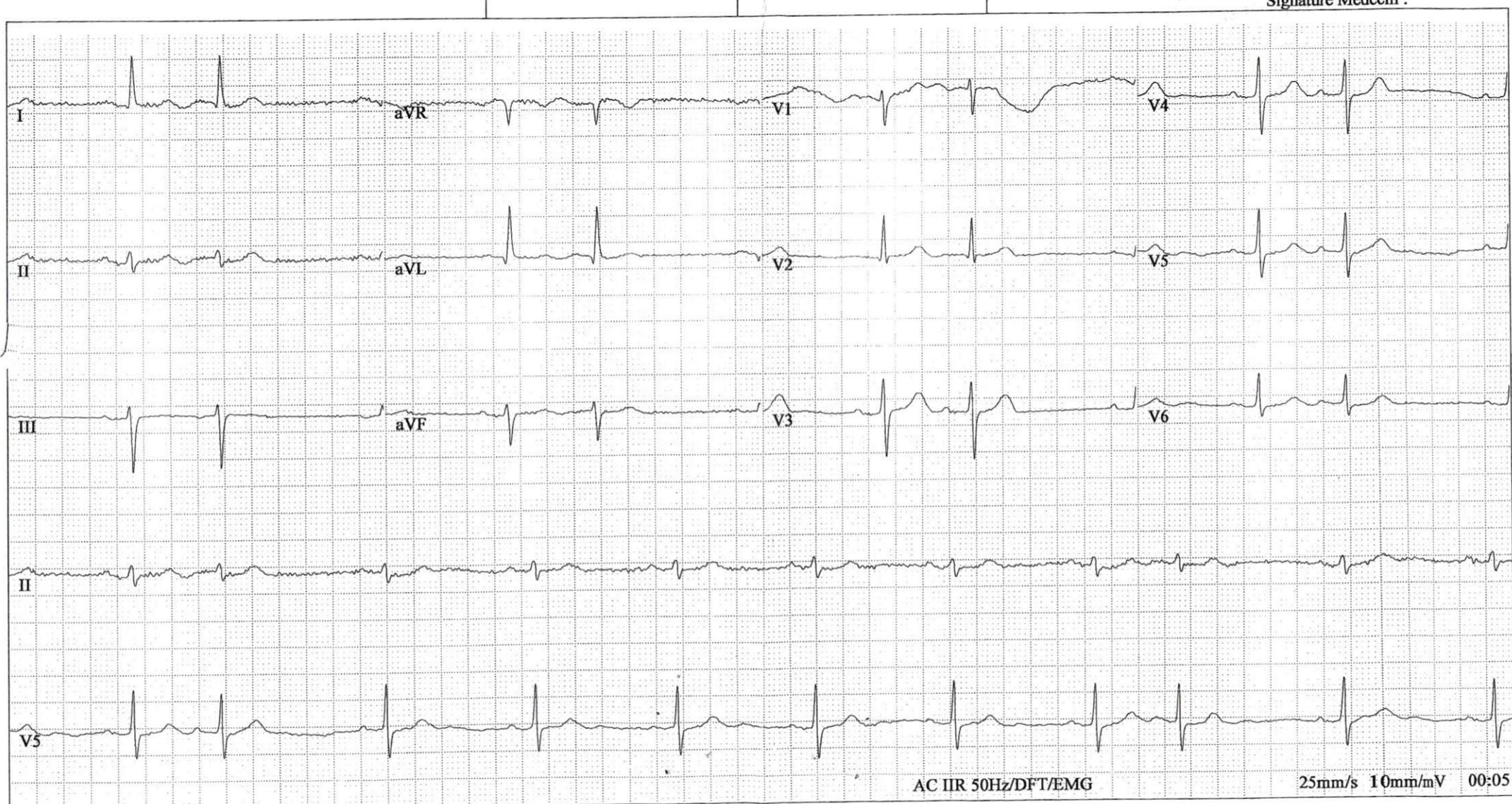
PA 88sp

Are ongée.

E88V

Dr Ghita Benhayoun  
Signature Médecin :

ECG



17-99 portant code

Taxe professionnelle : 355.11..

**VOLET DÉTACHABLE**  
**Feuille de soins**

**N° 04955477**

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Exemplaire à conserver par l'assuré(e).

Matricule: .....

N° RCAR: .....

Nom et prénom de l'assuré(e): **EL HILALI**

**EL HILALI**

Date de consultation: **11/02/2021**

Total des frais engagés: **2351,00 DA**

Date de dépôt: **Sante Ouverture S EH**

