

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 patient en même temps 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, parodontologie 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

- Reclamation : 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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



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

Déclaration de Maladie

N° W21-713684

- 116426 -

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6272 Société : RIM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUTIBA HUSSAN

Date de naissance : 25/06/1959

Adresse : Immeuble L'UNION 2° étage 12 Etage
10000 CASABLANCA 20190

Tél. : 06 88 11 86 22 Total des frais engagés : 1249,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : " COMPLEMENT "

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SOUGRATI HASSAN Age : 58 ans

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 : Casablanca Le : 25 / 05 / 2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats d'examens de radiologie et/ou de laboratoire).

nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

le prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

la feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours suivant la fin du traitement.

le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

les risques liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ne sont pas couverts.

la personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions pénales et réglementaires.

l'obligation de remboursement prise par la mutuelle OPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

il doit être joint à la feuille de soins (descriptions médicales, factures, résultats d'examens de radiologie et/ou de laboratoire).

il doit être joint à la feuille de soins (descriptions médicales, factures, résultats d'examens de radiologie et/ou de laboratoire).

il doit être joint à la feuille de soins (descriptions médicales, factures, résultats d'examens de radiologie et/ou de laboratoire).

il doit être joint à la feuille de soins (descriptions médicales, factures, résultats d'examens de radiologie et/ou de laboratoire).

il doit être joint à la feuille de soins (descriptions médicales, factures, résultats d'examens de radiologie et/ou de laboratoire).

il doit être joint à la feuille de soins (descriptions médicales, factures, résultats d'examens de radiologie et/ou de laboratoire).

il doit être joint à la feuille de soins (descriptions médicales, factures, résultats d'examens de radiologie et/ou de laboratoire).

il doit être joint à la feuille de soins (descriptions médicales, factures, résultats d'examens de radiologie et/ou de laboratoire).

| | |
|--|------------------------------|
| Cachet et signature de la mutuelle | Toutefois et par la mutuelle |
| Identification de l'agent : | |
| Date de dépôt du dossier : : | |

| | |
|--|-------------------------------|
| N° Bordereau : | N° Dossier : |
| Partie réservée à l'assuré(e) : | |
| Nom et prénom : <u>SOLIGRATT ASMA</u> | |
| N° Affiliation : <u>185717</u> | الإسم العائلي والشخصي : |
| N° Immatriculation : <u>932 606884</u> | رقم الانخراط : |
| N° CIN : <u>J198316</u> | رقم التسجيل : |
| Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : <u>Conjoint</u> <input type="radio"/> زوج <input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> ابن <input type="radio"/> | |
| Adresse : <u>Hay Layman, res. J. Layman A, Casablanca</u> | |
| Montant des frais (Dhs) : <u>1250,30</u> | |
| Nombre de pièces jointes : <u>1</u> | |
| Déclaration du médecin traitant : | |
| Bénéficiaire de soins : | |
| Nom et prénom : <u>SOLIGRATT ASMA</u> | |
| Date de naissance : <u>24/11/64</u> | |
| N° CIN : <u>J198316</u> | |
| Sexe* : <u>M</u> <input type="radio"/> ذكر <input type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/> أنثى | |
| Identification du médecin traitant : | |
| N° INP : | |
| Type de soins : | |
| Admission ALD* : <u>Oui</u> <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> | |
| N° dossier ALD* : | |
| Code ALD : | |
| Soins ambulatoires* <input type="radio"/> *Eلاجات خارجية | |
| Hospitalisation* <input type="radio"/> *استشفاء | |
| Pli confidentiel remis* : <u>Oui</u> <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> | |
| Date d'hospitalisation : | |

| | |
|---|--|
| <p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.</p> <p>Fait à : <u>Casablanca</u> حرر بـ :</p> <p>le : <u>28/03/2022</u> في :</p> <p>توقيع المؤمن له (لها) : <u>ASMA</u></p> <p>Signature de l'assuré (e)</p> | <p>أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : <u>Casablanca</u> حرر بـ :</p> <p>le : <u>28/03/2022</u> في :</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p> |
|---|--|



عيادة فحص وتشخيص أمراض القلب والشرايين

CABINET DE CONSULTATION & EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

• تخطيط القلب • فحص القلب بالصدى • فحص الضغط الدموي • تخطيط القلب بالهولتير • فحص اختبار الجهد

• Electrocardiogramme • Echocardiographie Doppler • MAPA • Holter-ECG • Epreuve d'effort

Dr. MOHAMED MEHDI ALAOU

SPÉCIALISTE DES MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAUX

د. محمد المهدي العلوي

إختصاصي في أمراض القلب والشرايين

Casablanca, le : 23 MARS 2022 : الدار البيضاء، في :

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement H.H 47 N°H
Hay Laymoune - Hay Hassani
Tél: 05 22 93 86 84 - Fax: 05 22 93 87 15
ICE 001551566 00078 - IF: 40155060

185,2013

Maphar
Bd Aikimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V: 114,10 DH

6 118001 183104

50,7014

I

999,30

Maphar
Bd Aikimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V: 114,10 DH

6 118001 183104

Maphar
Bd Aikimia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 5mg cp peli b30
P.P.V: 114,10 DH

6 118001 183104

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859

Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés



6 118000 072409

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés



6 118000 072409

SULIAT® 160 mg / 5 mg

28 comprimés pelliculés



6 118000 072409

Dr. Moulay Thami, N° 141 Bd HH24 - Appt 6 - 1er étage (Rond point George) El Oulfa - Casablanca

مولاي التهامي، الرقم 141، شقة 6 الطابق الأول (مدار جورج) - الولفة - الدار البيضاء

05 22 01 34 34 - Urgences : 06 16 50 82 74



Remboursements



PAYE



12/05/2022

2 dossiers | 1,324.49 DH



N° dossier

73413682

Mode de paiement

Virement

Bénéficiaire

SOUGRATI ASMA

Frais engagés

1249.3 DH

Remboursé

1180.4 DH

Royaume du Maroc



MME SOUGRATI ASMA
LOT IBN KHALDOUN 2 RES
LAIMOUNE 01 APPT 04
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception



N° de Dossier : 73413682 Date et heure : 29/03/2022 08:42
Nom et prénom Assuré : SOUGRATI ASMA
Immatriculation : 93606284 / 090127263
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: SOUGRATI ASMA / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA 90158
Valeur en Dirhams : 1.249,30 Nombre de pièces : 1
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE398
Nom Etablissement :

| | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------|---|
| Nom : Sougrati | Né le : 01.01.1964 | FC : 73 /min | RR : 827 ms | Validé par : Rythme sinusal Axe électrique normal ECG normal |
| Prénom : Asma | Sexe : Féminin | Axe P : 50 ° | P : 128 ms | |
| IDP : 347 E | Taille : -- cm | Axe QRS : 24 ° | PQ : 199 ms | |
| Visite : -- | Poids : -- kg | Axe T : 40 ° | QRS : 80 ms | |
| Date : 23.03.2022 | PA : -- / -- mmHg | | QT : 375 ms | |
| Heure : 12:44:12 | Origine : Non défini | | QTc : 412 ms | |

| | |
|--------------|----------------|
| ID demande : | Émetteur de la |
| Remarques : | |
| Traitement : | |

Dr. Mohamed Moudi ALAOUI
 Spécialiste des Maladies du Cœur
 et des Vaisseaux
 104, Boulevard de la République - 13009 Marseille
 Tél. 04 91 22 54 34 - 06 44 10 82 74

