

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 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

Déclaration de Maladie

N° P19-0036460

Complément

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6794

Société : RAN

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : Rehaile

Nom & Prénom : OUHAFA Med

Date de naissance : 1-1-52

Adresse : 3 Lot les Figuiers Aïn Sebaa

Tél. : 06.65.10.33.02 Total des frais engagés : 3700, DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06 JUN 2022

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 : Casablanca

Le : 06/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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 l'adite 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, reéducation ... 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

Bureau
30/04/12



AtlantaSanad
ASSURANCE

AS0001322892/20

CONVENTION GROUPE

DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Número d'adhésion AtlantaSanad	Date de Dépôt du dossier
Número de bordereau	Cachet Contractante
Matricule de l'assuré	
N° de police / N° de filiale	
Número de Sinistre (si ouverture par système)	

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales)	N° CIN 8509.284
Nom et prénom du malade EL KHAYAT TAHRA	Lien de parenté
Date des soins	Signature de l'assuré
Montant des frais exposés 3700 DHS	

Cadre réservé à Atlantasanad

Cachet de la Cellule Accueil

A Casablanca, le :

Volet détachable à présenter en cas de réclamation

N° DECLARATION

Nom de l'assuré : EL KHAYAT	Matricule :	CIN 8509.284
N° de police / N° de filiale :	Número d'adhésion :	
Frais exposés : 3700 dh	Date de dépôt : 9/5/12	
N° de sinistre :	Número de bordereau :	Date des soins :
(si ouverture par système)		



AS0001322892/20

Chirurgien U. O. O. H.

Cystite chronique (leucosphérie)

EXECUTION DES ORDONNANCES

[illegible]

A diagram of a human dental arch, viewed from the front. The teeth are numbered 1 through 8 on each side, starting from the center (midline) and moving outwards. The quadrants are labeled with letters: 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'G' on the right. The diagram illustrates the arrangement of teeth in a dental arch, with the central incisors at the front and the molars at the back.

Le traitement de prothèse doit d'abord être soumis à l'accord de la Compagnie.

○ DEVIS

Etabli le

○ TRAITEMENT

Commencé le
Terminé le

S O I N S

[illegible]

PROTHESSE

Prothèse mobile - Couronne - dent à tenons
☐ Création ☐ Remontage ☐ Adjonction

Partie réservée au contrôle

Montant des soins

DH

Cachet et Signature du praticien
(s'il s'agit d'un devis)

Montant de la prothèse

DH

Cachet et Signature du praticien
attestant l'exécution et la paiement des
soins (et ou) de la prothèse

CLINIQUE SIDI MOUMEN

Tél : 05 22 72 10 10

Fax : 05 22 72 15 15

F A C T U R E

N° : 157 / 2022 du 15/04/2022

Nom patient **EL KHAYAT TAHRA**
PAYANT

Entrée 15/04/2022

Sortie 16/04/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FORFAIT	1,00		3 000,00	3 000,00
			Sous-Total	3 000,00
Total Clinique				3 000,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE DIRHAMS

Total 3 000,00

CLINIQUE SIDI MOUMEN
Toutes Les Spécialités
Hay Tacharouk E.A.C.4.
Bd Mohammed Zafar
Sidi Moumen - Casablanca
Tél : 05 22 72 10 10 / 05 22 72 15 15

CLINIQUE SIDI MOUMEN

Tél : 05 22 72 10 10
Fax : 05 22 72 15 15
CASABLANCA

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 15/04/2022 Heure 18:22

Nom et Prénom du patient EL KHAYAT TAHRA

Age ou Date Naissance 0 - 12/10/1950

N° Cin du patient ou du tuteur

Adresse

Téléphone

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant SAHNOUN

Durée prévue d'hospitalisation (jours) : 1

Motif d'hospitalisation AUTRES

Affiliation à une couverture maladie NON

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 16/04/2022

Heure 15:26

Durée d'hospitalisation (jours) 1

Nom et prénom du signataire

Signature



Laboratoire de Pathologie du Centre

Pr. Laïla Laraoui
Anatomo - Cytopathologiste

Dr. Nouhad Benkirane
Anatomo - Cytopathologiste

Demande d'examen

De la part du Dr.

Nom et Prénom du Patient

MTAARA KITYAL

Age

Date du prélèvement

Référence

Renseignements cliniques et paracliniques

Siège du prélèvement

Nature de l'acte réalisé

Thérapeutique préalablement instituée

Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie
de canal

Biopsie antérieure :

Oui ☐

Non ☐

Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

- Parité

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frottis monocouche :

Vagin ☐

Exocol ☐

Endocol ☐

- Frottis conventionnel :

CBE :

Endomètre ☐

Signature et Cachet

Toutes Les Spécialités

Chirurgie Générale
Obstétrique et Gynécologie
Chirurgie Cardiovasculaire
Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
Ophtalmologie
ORL
Neurologie - Neurochirurgie
Dermatologie - Venereologie

متعددة الاختصاصات

الجراحة العامة
جراحة النساء والولادة
جراحة القلب والشرايين
جراحة العظام والمفاصل
طب العيون
جراحة الأذن والأنف والحنجرة
جراحة الرأس والneck الشوكي
الأمراض الجلدية والتناسلية

Casablanca: 15-04-2022
الدار البيضاء

EL KHAYAT TAHIR

CRD: Sans ALR - ATB

- position gynécologique

- fœtus à II

- Cystocèle à I

- introduction du Cystoscope

- Repérage de Meckel

- Venne de petit calibre

- Manœuvre de Trendelenburg → Bypass vasculaire

DR. SAMMOUEN
UROLOGUE
INPE : 091025348

Hay Tacharouk, E A C.4, Boulevard Mohamed Zafzaf Sidi Moumen Bernoussi - Casablanca

Tél: 05 22 72 10 10 / 05 22 72 15 15

Patente : 33067085 - IF : 20682485 - ICE : 001678452000002



Toutes Les Spécialités

Chirurgie Générale
Obstétrique et Gynécologie
Chirurgie Cardiovasculaire
Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
Ophtalmologie
ORL
Neurologie - Neurochirurgie
Dermatologie - Venereologie

متعددة الاختصاصات

الجراحة العامة
جراحة النساء والولادة
جراحة القلب والشرابيين
جراحة العظام والمفاصل
طب العيون
جراحة الأذن والأنف والحنجرة
جراحة الرأس والرقبة والشلل
الأمراض الجلدية والتناسلية

Casablanca: 15-04-2022
الدار البيضاء

M^{re} EL KAYATE. TAHRA

74180
1) Spetm 500g
74 x 2

180100
2) Solficar 10g
3mos

50140
3) Muston 1g
1g x 3

84180
4) Brexin 2g
1g x 1

5) 2g
1g x 1



Hay Tacharouk, E A C.4, Boulevard Mohamed Zafzaf Sidi Moumen Bernoussi - Casablanca

Tél: 05 22 72 10 10 / 05 22 72 15 15

Patente : 33067085 - IF : 20682485 - ICE : 001678452000002



Angelle



Toutes Les Spécialités

Chirurgie Générale
 Obstétrique et Gynécologie
 Chirurgie Cardiovasculaire
 Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
 Ophtalmologie
 ORL
 Neurologie - Neurochirurgie
 Dermatologie - Venereologie

متعددة الاختصاصات

الجراحة العامة
 جراحة النساء والولادة
 جراحة القلب والشرابيين
 جراحة العظام والمفاصل
 طب العيون
 جراحة الأذن والأنف والحنجرة
 جراحة الرأس والneck والشوكي
 الأمراض الجلدية والتناسلية

BUZ1002

Casablanca 15-04-2022 الدار البيضاء

CRO

Re = EL KHAYATE TAHRA

Flam

Diabète

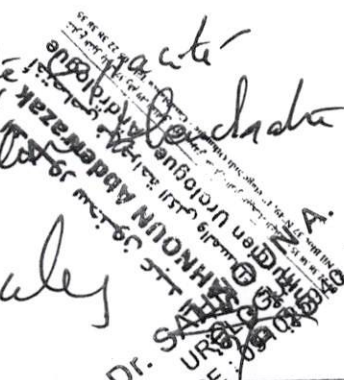
Vente unitaire

Cystoscopy: - Cystite CI

Vessie à petite

Mugurelle d'allergie

⇒ Biopsie Vénale



Hay Tacharouk, E A C.4, Boulevard Mohamed Zafzaf Sidi Moumen Bernoussi - Casablanca

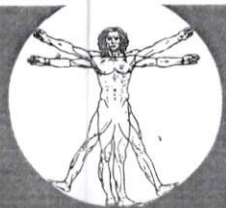
Tél: 05 22 72 10 10 / 05 22 72 15 15

Patente : 33067085 - IF : 20682485 - ICE : 001678452000002



مختبر التشريح المرضي شارع كلّميّة

Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



Dr Fadoua EL MANSOURI

Professeur en Anatomie Pathologique

الدكتورة المنصوري فدوى

أستاذة في التشريح المرضي

Réf .B4210422

Reçu le 18.04.2022 Répondu le 20.04.2022

Nom et prénom : El Khayate Tahra

Médecin : Dr A.Sahnoun

Age : 72 ans

Adresse : Casablanca

Résumé des renseignements cliniques : Diabétique + Vessie irritative + Cystoscopie :
Cystite GI + Vessie à petite capacité + Muqueuse d'allure blanchâtre + Biopsie vésicales

L'examen macroscopique

Portant sur deux fragments biopsique de 3 et 4 mm de long. Inclusion totale.

L'examen microscopique

Il s'agit d'une muqueuse urothéliale et exulcérée siège d'une leucoplasie débutante. Le chorion est oedémato-congestif siège d'un infiltrat lymphocytaire modéré organisé en amas autour des vaisseaux.

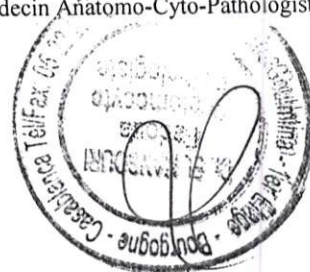
Absence de prolifération tumorale sur ce prélèvement.

Absence de lésion granulomateuse ou d'agent pathogène.

CONCLUSION

- Aspect morphologique d'une cystite exulcérée et chronique non spécifique.
- Absence des signes de malignité dans les limites de ce prélèvement.

Dr F. El-Mansouri
Médecin Anato-Cyto-Pathologiste



Cytopathologie conventionnelle et monocouche - Histopathologie - Histochemie - Extemporane - Immunohistochemie - Biologie moléculaire

Le 633, Rue Goulmima - 1^{er} Etage - Appt N° 2 - Bourgogne - Casablanca
à 250 m de l'hôpital My Youssef et 300 m de la Mosquée Hassan II - entre Pharmacie Laayoune et Locamed
Tél./Fax : 05 22 26 35 35 - Urgences : 06 14 88 11 88 - E-mail : anapathgoulmima@yahoo.fr



مختبر التشريح المرضي شارع كلميمة
Cabinet de Pathologie Bd GOULMIMA



FACTURE N° B4210422

Nom et Prénom : Elkayate Taïra

Montant : 7000H

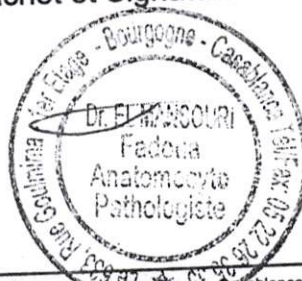
Arrêtée la présente facture à la somme de : 9630

Casablanca, le 20/04/22

INPE: 091168021

Cachet et Signature

ICE:
001708190009042



744, Résidence Hanane Jassim 1, Angle Bd Goulmima et rue Boukraa - 5ème Etage - Bourgogne - Casablanca
(au dessus de chawarma cham à 250 m de l'Hôpital My Youssef et 300 m de la Mosquée Hassan II)
Tél./ Fax : 05 22 26 35 35 - Urgences : 06 14 88 11 88 - E-mail : anapathgoulmima@gmail.com



AtlantaSanad

DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE

N° règlement : 2022068002

Contrat n° : 004.2019.00000130-01

Adhésion n° : 00000086

Malade : Lui même

Numéro RIB : 013780010032184320013948

Ste contractante : RENAULT COMMERCE MAROC

Adhérent(e) : EL KHAYAT TAHRA

Déclaré le : 12/05/2022

Soin du : 15/04/2022

Sinistre n° : 040.2022.00273845

Date décision : 13/05/2022

Reçu le : 11/05/2022

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
ACTES DE CHIRURGIE OU DE SPECIALITE	3 000.00	0.00	3 000.00	80.00	2 400.00
BIOLOGIE MEDICALE	700.00	0.00	700.00	80.00	560.00
Totaux	3 700.00	0.00	3 700.00		2 960.00
Règlement compagnie (Dhs)					2 960.00

Dossier n° : AS0001322892/20

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)