

**INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
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



*complémentaire*  
**Déclaration de Maladie**

M22- 0018710

- Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 6794      Société : RAM *155065*

Actif       Pensionné(e)       Autre : *Relevé*

Nom & Prénom : OUBAFSA Ned

Date de naissance : 7-1-52

Adresse : Lot. les FIGUIERS Aïn Sabra

Tél. :      Total des frais engagés : *1264,80* 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 : *RAM*      Le : *28/3/23*

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

N° règlement : 2023041879

 **AtlantaSanad**  
**ASSURANCE**  
**DECOMPTE DES PRESTATIONS MALADIE**

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 : 09/02/2023

Soin du : 16/01/2023

Sinistre n° : 040.2023.00041070

Date décision : 10/03/2023

Reçu le : 08/02/2023

Nature Prestation	Frais Engagés (Dhs)	Remboursement			
		Mnt.Retenu (Dhs)	Base Remb.(Dhs)	Tx(%) / Val.	Mnt.Remboursé (Dhs)
RADIO FEMUR F/P	500.00	0.00	500.00	80.00	400.00
Pharmacie	77.44	0.00	77.44	80.00	61.95
<b>Totaux</b>	<b>4 577.44</b>	<b>0.00</b>	<b>4 577.44</b>		<b>3 661.95</b>
Dossier n° : AS0002365844/20			Règlement compagnie (Dhs)		<b>3 661.95</b>

Observation(s) :

Signature Adhérent(e)



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa  
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE  
مركز التصوير الطبي

• IRM Haut Champ • IRM Cardiaque • Scanner MultiSlices • Angio-scanner / Angio-IRM • Coloscopie virtuelle • Densitométrie  
• Mammographie Numérisée • Echographie générale • Endo-Doppler • Radiologie Standard Numérique • Pancréatologie Numérique  
• Rachis Entier • Gonométrie • Radiologie Interventionnelle • Cholestérol sur TDR

16/01/2023

PATIENT EL KHAYAT TAHRA

PRESCRIPTEUR ANESTHESISTE REANIMATEUR

### FEMUR DROIT FACE+ PROFIL

#### RESULTATS :

- Absence de solution de continuité.
- Absence de lésion lytique ou condensante notable.
- Respect des interlignes articulaires.
- Absence d'anomalie des parties molles

Merci de votre confiance.

DR BELABBES

SEINTE ANNE  
HÔPITAL PRIVÉ  
279, Bd. Chefchaouni  
Ain Sebaa - Casablanca  
Tél : 05 22 68 00 00 - Fax : 05 22 35 66 44  
RC 431357 - IF 34460126 - ICE 002247038000079  
E-mail : direction@hpc.ma - Site web : www.hpc.ma

279, Bd. Chefchaouni Ain Sebaa - Casablanca  
Tél : 05 22 68 00 00 - Fax : 05 22 35 66 44  
RC 431357 - IF 34460126 - ICE 002247038000079  
E-mail : direction@hpc.ma - Site web : www.hpc.ma

16/01/2023

PATIENT EL KHAYAT LAHRA  
PRESCRIPTEUR ANESTHESISTE REANIMATEUR

BASSIN F/P

RESULTATS :

- Dérégénération osseuse.
- Absence de solution de continuité.
- Absence de lésion lytique ou condensante notable.
- Respect des interlignes articulaires.
- Absence d'anomalie des parties molles.

Merci de votre confiance.

DR BELABBES

4/1/23

STY  
JOB

re | 00 | 00 | 00



AtlantaSanad  
ASSURANCE



AS0002365844/20

CONVENTION GROUPE

# DECLARATION DE MALADIE

(à utiliser par maladie et par personne)

A remplir par la contractante

Numéro d'adhésion ..... Date de .....  
 AtlantaSanad ..... Dépôt du dossier .....

Numéro de bordereau .....

Matricule de l'assuré .....

N° de police / N° de filiale .....

Numéro de Sinistre .....  
 (si ouverture par système) .....

Cachet Contractante

A remplir par l'assuré

Nom et prénom de l'assuré (en lettres capitales) ..... N° CIN B 349834  
 L KHAQAT TAHERA

Nom et prénom du malade ..... Lien de parenté  
 elle même

Date des soins .....  
 Signature de l'assuré

Montant des frais exposés 2577,65

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 : ELKHAQAT ..... Matricule : ..... CIN : .....

N° de police / N° de filiale : ..... Numéro d'adhésion : .....

Frais exposés : 2577,65 ..... Date de dépôt : ..... / ..... / .....

N° de sinistre : ..... Numéro de bordereau : ..... Date des soins : .....

(si ouverture par système)



AS0002365844/20

A. REMPLIR PAR LE MEDECIN

NOM et Prénom du malade : Fracha hach oute      Âge : ..... Ans  
 Nature de la maladie : .....  
 Cas d'Accident (Causes et Circonstances) : .....

DETAIL DES SOINS

CONSULTATIONS - VISITES - CHIRURGIE - HOSPITALISATION				EXECUTION DES ORDONNANCES		
Dates	Désignation Suivant nomenclature	Montant Payé	Cachet et Signature du praticien ou de l'Et. hospitalier	Dates	Montant	Cachet du Pharmacien
16 1 23	C/S	6000	<i>[Signature]</i>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES						
Dates	Coefficients	Montant	Cachet et Signature du praticien			
16 1 23	Ra Bassin FIP Ra Femur FIP Ra Bassin FIP Ra Hanche FIP	100,00 500,00 1500,00 500,00	<i>[Signature]</i>			
ACTES MEDICAUX OU PARAMEDICAUX						
Dates	Désignations	Montant	Cachet et Signature du praticien			
16 1 23	Ph SU	7700 10000	<i>[Signature]</i>			

URGENCE MEDICALE  
 SOS MEDECIN  
 SERVICE RECEPTION ET ADMISSION  
 HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA  
 AIN SEBAI  
 INPE : 090063272  
 79, Bd Cherif El Moudjahid  
 Casablanca, Maroc

SERVICE RECEPTION ET ADMISSION  
 HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA  
 AIN SEBAI  
 INPE : 090063272  
 Casablanca, Maroc



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa  
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

Casablanca, le 16/05/2025

El Khayst Tahra

---

Jaime SRP.

---

Scanner du Bassin  
~~de~~ Genou Face / Profil

AMBULANCE SIMPLE  
AMBULANCE MÉDICALISÉE  
VEHICULE SANITAIRE LEGER  
AMBULANCE AVION SANITAIRE  
INFIRMIERE A DOMICILE  
AIDE SOIGNANTE A DOMICILE  
KINE A DOMICILE  
CONSULTATION A DOMICILE  
CONSULTATION DE CONTRE VISITE  
ANALYSE MEDICALE  
TEST COVID  
MATERIEL MEDICAL

**MAYDAY**  
TRANSPORT SANITAIRE

الإسعاف العادي  
الإسعاف الطبي  
إسعاف الطائرات الطبية  
خدمات التمريض المنزلية  
الفحص المنزلي  
إستشارة منزلية  
تحاليل طبية  
إختبار كوفيد  
معدات و مستلزمات طبية

ORDONNANCE

Casablanca le: ...16-1-23

M. El Khayal - T. ...

Age = 7544

HIA = HTA, DM, artrose

↳ Dr du bas

Dr Sokayna MGHAMMI  
SOS Médecin  
Urgence à Domicile

AMBULANCE SIMPLE  
AMBULANCE MÉDICALISÉE  
VEHICULE SANITAIRE LEGER  
AMBULANCE AVION SANITAIRE  
INFIRMIERE A DOMICILE  
AIDE SOIGNANTE A DOMICILE  
KINE A DOMICILE  
CONSULTATION A DOMICILE  
CONSULTATION DE CONTRE VISITE  
ANALYSE MEDICALE  
TEST COVID  
MATERIEL MEDICAL

**MAYDAY**  
TRANSPORT SANITAIRE

الإسعاف العادي  
الإسعاف الطبي  
إسعاف الطائرات الطبية  
خدمات التمريض المنزلية  
الفحص المنزلي  
إستشارة منزلية  
تحاليل طبية  
إختبار كوفيد  
معدات و مستلزمات طبية

ORDONNANCE

Casablanca le: .....16-1-22

Dr El Khayat Thre

Dr de leur doct

DR SAMIR MCHAMMAM  
SOS Médical  
Urgence à Domicile

# HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 16-01-2023

**Facture N° 01690/23**

**A. Identification**

N° Dossier : HPC23A16215021 N° Identifiant : 091755/23  
**Nom & Prénom : Mme EL KHAYAT TAHRA**  
 C.I.N : B349234  
 Adresse : AIN SEBAA

**C. Débiteur**

page 1/1

**Organisme : Payant**

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :  
 N° d'immatriculation :  
 N° Prise en charge :

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 16-01-2023  
 Date Sortie : 16-01-2023

**B. Assuré**

Lien avec l'assuré : Lui même  
 Nom prénom :

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement : Urgence

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PHARMACIE INTERNE</b>						
1	PHARMACIE		77,44			77,44
						<b>Total Rubrique : 77,44</b>
<b>PRESTATIONS</b>						
1	SALLE D'URGENCE		100,00			100,00
1	CONSULTATION		300,00			300,00
						<b>Total Rubrique : 400,00</b>
<b>RADIOLOGIE</b>						
1	TDM BASSIN		1 500,00			1 500,00
1	GENOU FACE + PROFIL		500,00			500,00
						<b>Total Rubrique : 2 000,00</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						<b>2 477,44</b>
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						<b>0,00</b>
Arrêté la présente facture à la somme de :						<b>TOTAL GENERAL 2 477,44</b>

DEUX MILLE QUATRE CENT SOIXANTE-DIX-SEPT DIRHAMS QUARANTE-QUATRE CENTIMES  
 Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré  
 INPE : 090063272  
 AIN SEBAA  
 HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA  
 RECEPTION



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa  
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE  
مركز الفحص بالأشعة

• IRM Haut Champ • IRM Cardiaque • Scanner Multibarrette • Angio-scanner / Angio-IRM • Coloscopie virtuelle • Dentascanner  
• Mammographie Numérisée • Echographie générale • Echo Doppler • Radiologie Standard Numérique • Panoramique Dentaire Numérique  
• Rachis Entier • Gonométrie • Radiologie Interventionnelle • Coroscanner sur RDV

Casablanca, le 16 /01/2023

Patient :EL KHAYAT TAHRA

### TDM DU BASSIN

#### **TECHNIQUE :**

Hélice de 3 mm d'épaisseur au niveau du bassin, sans injection de produit de contraste, avec reconstructions en 3 D.

#### **RESULTATS :**

- **Fracture comminutive du grand trochanter droit.**
- Intégrité des articulations coxo-fémorales et des sacro-iliaques.
- **Signes d'arthrose en inter pubien.**
- Aspect normal des parties molles.

**Merci de votre confiance  
Dr BERRADA**

# HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 16-01-2023

Facture N° 01688/23

**A. Identification**

N° Dossier : HPC23A16210304 N° Identifiant : 091755/23  
**Nom & Prénom : Mme EL KHAYAT TAHRA**  
 C.I.N : B349234  
 Adresse : AIN SEBAA

**C. Débiteur**

page 1/1

Organisme : **Payant**

ICE : Adresse :

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 16-01-2023  
 Date Sortie : 16-01-2023

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>RADIOLOGIE</b>						
1	BASSIN F/P		500,00			500,00
1	FEMUR DROIT FACE+ PROFIL		500,00			500,00
1	HANCHE F/P		500,00			500,00

**PARTIE CLINIQUE :**

Total Rubrique : **1 500,00**

**PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :**

**1 500,00**

Arrêté la présente facture à la somme de :

0,00

**TOTAL GENERAL 1 500,00**

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

SERVICE RECEPTION ET ADMISSION  
 HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA  
 AIN SEBAA  
 INPE : 090063272  
 279, Bd Chefchaouni Ain Sebââ

# HOPITAL PRIVE' CASABLANCA AIN SEBAA

Séjour : Du 16/01/2023 au 16/01/2023

Patient : Mme EL KHAYAT TAHRA

N° Dossier : HPC23A16215021

Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
ANDOL 1G INJ	18,80 Dh	1	18,80 Dh
INTRANULE G22 BLEU	3,00 Dh	1	3,00 Dh
OMEPRAZOLE NORMON 40 MG INJ	29,90 Dh	1	29,90 Dh
OMNIFIX 10CMX10M PAR METRE	1,16 Dh	1	1,16 Dh
PERFUSEUR AVEC ROBINET	8,00 Dh	1	8,00 Dh
PIROCAM 20 MG INJ	6,53 Dh	1	6,53 Dh
SERINGUE 10 CC	1,05 Dh	1	1,05 Dh
SERUM SALE 0.9% 100ML POCHE	9,00 Dh	1	9,00 Dh
			<b>77,44 Dh</b>

SERVICES RECEPTION ET ADMISSION  
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA  
AIN SEBAA  
INPE : 090063272  
Bd Chechaoui Ain Sebba