

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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° W19-410550

complement

8163

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : CHADIT Abdouham

Date de naissance : 15.07.1967

Adresse : 56, Hay D'Essouf 1218

Tél. : 0661976341 Total des frais engagés : 480,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

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 : CASA

Le : 28/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :





## Instructions à suivre

Préparer une feuille de soins par personne et par événement.

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

Le 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 prestations achetées doivent être joints aux documents transmis.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le dernier 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 en vigueur.

Les risques liés aux accidents du travail et aux professions libérales 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 prévues par la loi et les règlements.

La demande de remboursement prise par la mutuelle est subordonnée au respect des obligations réglementaires et de ce qui précède.

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض 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 المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التفاضلية التي نتتمون 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 التعريف 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 الخاصة بالمريض  
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01  
مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

### Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ..... **Elyatime Houd** ..... الإسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : ..... **343334** ..... رقم الانخراط

N° Immatriculation : ..... **432824379** ..... رقم التسجيل

N° CIN : ..... **BH317481** ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* ..... علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

Conjoint ..... **Enfant** ..... الزوج ..... ابن

Adresse : ..... **26, HAY DES ANCIENS 21800** ..... العنوان

Montant des frais (Dhs) : ..... **1,800.00** ..... مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : ..... **02** ..... عدد الوثائق المرفقة

### Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins ..... المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ..... **Elyatime Houd** ..... الإسم العائلي والشخصي

Date de naissance : ..... **20.09.1977** ..... تاريخ الميلاد

N° CIN : ..... **BH317481** ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe \* : ..... **M** ..... أنثى

### Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : ..... **0810 2037** ..... الرقم الوطني للإستدلال للممارس

Type de soins : ..... نوع العلاجات

Maladie \* ..... مرض \* ..... تم تقديم الظرف المغلق \* : Oui Non

Maternité \* ..... أمومة \* ..... تاريخ الحمل : Date de grossesse :

Hospitalisation \* ..... استشفاء \* ..... التاريخ المرتقب للولادة : Date prévue d'accouchement :

Accident \* ..... حادث \* ..... تاريخ الإستشفاء : Date d'hospitalisation :

Causes : ..... أسباب الحادث : Date d'accident :

أسباب الحادث : Causes :

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.  
Fait à : ..... حرر بـ .....  
le : ..... في : .....  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e)

أصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : ..... حرر بـ .....  
le : ..... في : .....  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع وطابع التفاضلية
Identification de l'agent : .....	
Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع : .....	

Dr. Nam P.  
GYNECOLOGIST  
Bd. Al Qos Radda Im  
N°5, May Chua Vin Ch  
Tel: 052232373-73-74-00197

--	--	--	--

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

LABONIL  
BOUTAYER KHAIR HO  
Médecin Biologiste  
438, Bd 6 Novembre, C.D  
Tél : 22 55 60 48 / 5

## مليات المساعدين الطبيين

---





Casablanca le 27-11-2020

...the ...

Demande N° 2011270055  
Date de l'examen : 27-11-2020

## Récapitulatif des analyses

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
0216	TCK	B40	B
	TP non traité	B40	B
	Numération formule	B80	B

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingts dirhams

**LARONIL**  
JAYEB KHAIR HOUDA  
Médecin Biologiste  
11 Novembre C D Casa  
05 27 55 69 49 / 50

**Dr. Ilham BENAËBOUD**

Gynécologue Obstétricien  
Chirurgie Gynécologique - Accouchement  
Stérilité du Couple (P.M.A)  
Coeliochirurgie - Colposcopie  
Maladies du Sein - Echographie  
Ex Résidente au CHU Ibn Rochd

(الركنورة إلهام) بنعبود

إختصاصية في أمراض النساء و التوليد  
الجراحة النسائية - الولادة  
عقم الزوجين - الجراحة بالمنظار  
أمراض الثدي - الفحص بالصدى و المجهر  
طبيبة مقيمة بمستشفى ابن رشد ( سابقا )

Casablanca, Le : 27/11/2011

El Yasmine

Nrs - fr

TO - TCH

Dr. Ilham BENAËBOUD  
GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIENNE  
Bd. Al Qods, Rés. Safaa Imm. 403 - Casablanca  
N°5 Hax Chnifa Ain Chok - Casablanca  
Tél : 05 22 52 37 73 - ICE : 00191729000033

Dr. Ilham BENAËBOUD  
GYNÉCOLOGUE - OBSTÉTRICIENNE  
Bd. Al Qods, Rés. Safaa Imm. 403 - Casablanca  
N°5 Hax Chnifa Ain Chok - Casablanca  
Tél : 05 22 52 37 73 - ICE : 00191729000033

شارع القدس تجزئة السكن الأنيق إقامة الصفاء عمارة 403 - الدار البيضاء

Bd. Al Qods, Lot. Essakane El Anik, Rés. Safaa, Imm. 403 - Casablanca - Tél.: 05 22 52 37 73

Urgence : 06 61 36 00 69 - Email : benaaboudilham@hotmail.com - INPE : 091020537 - ICE : 00191729000033