

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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 ALP :

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- 0005182

53496

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : chaBAT Abdelghani

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-05182

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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'Horizon
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° W19-410556

Complément

8163

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHARIT Abdelghani
 Date de naissance : 15.07.1967
 Adresse : 56, HAY TAZAOUA Rue 18
 C/A CASABLANCA
 Tél. : 0661976344 Total des frais engagés : 450,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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 : 28/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

MUPRAS
28 DEC. 2020
ACCUEIL

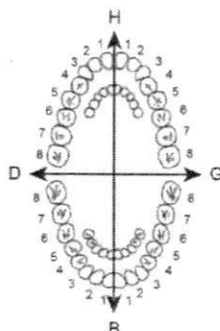
[illegible][illegible][illegible][illegible]

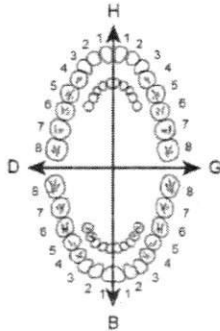
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | |
|---|-------------------|---------------------|-------------|---|--|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| O.D.F. PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|----------|----------|----------|----------|---|--|--|
|  | <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table> | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | B | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table> | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | | | |
| | D | G | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

abrir une feuille de soins par personne et
r événement.

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.

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

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

les risques liés aux accidents du travail et
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
pécuniaires et réglementaires.

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

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 وأثمنتها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى
التعاضدية التي تنتمون 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
الوطني 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.

| | |
|---|-----------------------|
| Cachet et signature de la mutuelle | توقيع وطابع التعاضدية |
| Identification de l'agent : | |
| Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيدع : | |



N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **ELYATIME HONDA** الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : **343334** رقم الانخراط

N° Immatriculation : **432 82 4379** رقم التسجيل

N° CIN : **B317481** رقم بطاقة التعريف الوطنية

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

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ Adresse : **56, HAY 7, Casablanca** العنوان

Montant des frais (Dhs) : **450,00** مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : **04** عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **ELYATIME HONDA** المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **ELYATIME HONDA** الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : **20 09 1977** تاريخ الميلاد

N° CIN : **B317481** رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : **M** ذكر ☒ أنثى ☐ الجنس

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **091049023** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : **091049023** نوع العلاجات

Maladie : ☐ مرض ☐ Pli confidentiel remis : ☒ Oui ☐ Non تم تقديم الظرف المغلق

Maternité : ☐ أمومة ☐ Date de grossesse : ☐ تاريخ الحمل

Hospitalisation : ☐ استشفاء ☐ Date prévue d'accouchement : ☐ التاريخ المرتقب للولادة

Accident : ☐ حادث ☐ Date d'hospitalisation : ☐ تاريخ الاستشفاء

Causes : ☐ أسباب الحادث

| | |
|---|--|
| أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : CASABLANCA le : 25 11 2020 توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré(e) | أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : CASABLANCA le : 25 11 2020 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature de Médecin traitant ou de l'établissement de soins Dr. BELGHAR مستشفى الخاتم Médecin Généraliste |
|---|--|

INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع متعيا كليا بيع هذا المطبوع

وصف العمليات المجرات

Dr. BELGHMI Rachid
Médecin Général

CIM - 10

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

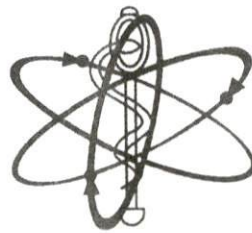
EXP 093000783

INP: | | | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

| تاريخ العمليات Dates des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP | قيمة المعامل Valeur Cle | المبلغ المفوتر Montant facture | توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



DR :

Adresse :

Mme Houda EL YATIME

Né(e) le : 20-09-1977

Dossier N° : 2011250094

Date de l'examen : 25-11-2020

Prélevé le : 25-11-2020 08:03 en interne

Edité le : 26-11-2020

Page 1 / 1



ACCREDITATION
N° 8-3245
Portée disponible sur
www.cofrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées le symbole [AC].

SEROLOGIE INFECTIEUSE

Echantillon primaire : Sérum

NEGATIF

Anti-SARS-CoV-2

(Immunoluminescence-CLIA - Cobas 6000-Roche)

Indice

0.097

Nég: < 1

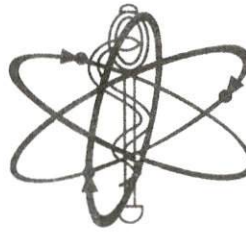
Pos: > 1

Le test sérologique Anti-SARS-COV-2 est un test pour la détection qualitative in vitro des anticorps IgA, IgG et IgM dirigés contre le coronavirus 2.

*Complicité
Fekkas*

Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
Genetique moleculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK
Radio-biologiste
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2011250094

Mme Houda EL YATIME

Demande N° 2011250094

Date de l'examen : 25-11-2020

Analyses :

| ACCREDITATION | | | |
|--|------------|------|-------|
| N° 8-3215 | | | |
| Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC]. | | | |
| www.cofrac.fr | | | |
| Récapitulatif des analyses | | | |
| CN | Analyse | Val | Clefs |
| EXAMENS MEDICAUX | SARS-CoV-2 | E300 | E |

Total des B : 0

TOTAL DOSSIER : 300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :trois cents dirhams DH

Docteur Rachid BELGHMI
Spécialiste en Médecine du Sport
Médecine Générale



الدكتور رشيد بلغمي
تخصص في الطب الرياضي
الطب العام

وصفة طبية
ORDONNANCE

21/11/2010

M^{me} EL VATIME NGUELA

Biologie du COEUR 19

دكتور بلغمي رشيد
Dr. BELGHMI Rachid
Médecin Général