

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

tions 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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 218216

Société : Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

RACHIDI Amina

Date de naissance :

02/08/1957

Adresse :

Résidence HABAB imm 10 app 3 Zone D

Avi Sbaa Casab

Tél. : 0667085901

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 : Casab 04/02/2021

Le : 04/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Agence : SIEGE
Date : 21/11/2020

Destinataire

CLINIQUE AL MADINA
ANGLE RUES MED BAHI ET RUE MANSARD
QUART.PALMIER
20100
CASABLANCA

OBJET : ACCUSE DE RECEPTION

N°CNSS	: 160473718
N°Dossier	: 998085170
Type dossier	: Demande de prise en charge
Valeur du dossier	: 6500.00 Dhs
Nombre de pièces (y compris le formulaire et la prise en charge)	: 1
Bénéficiaire	: MOHAMMED BENCHERQI

Nous vous informons que votre dossier est réceptionné et qu'il sera transmis au service concerné afin d'en étudier l'elligibilité au remboursement.

Dans le cas où contrôle médical physique s'avèrerait nécessaire, une convocation précisant le lieu et la date

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2 06 :

Référence structurée :

Emis à Casablanca le : 27/01/2021

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

BENCHERQI MOHAMMED
RES CHABAB ZONE D IMM 10 N?3 AIN SBAA
008 2000

N° d'immatriculation: 160473718

Règlement du mois : 01/2021

Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

Détail des règlements effectués en votre faveur aux établissements de soins

بيان ما دفع لمؤسسات العلاج لفائضكم

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعرية المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
BENCHERQI MOHAMMED	-	16/12/2020	-	CLINIQUE ALMADINA	6 500,00	-	-	-	-	4 550,00

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان



Casablanca, le 25/11/2020 الدار البيضاء، في

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

**CLINIQUE ALMADINA
ANG RUE MOHAMED BAHI ET RUE
MANSARD QUART.PALMIERS
20100 CASABLANCA**

CNSS
998085170
AMO



Réf : N° d'immatriculation **160473718**

Nom et prénom de l'assuré : **BENCHERQI MOHAMMED
R3257**

Objet : Attestation de prise en charge

الموضوع : شهادة التحمل

Madame, Monsieur,

سيدي، سيدتي

En réponse au dossier de prise en charge numéro 998085170, reçu le 21/11/2020, nous vous faisons part de notre accord concernant :

جواباً على الملف المتعلق بالتحمل رقم 998085170
والذي وافقنا به بتاريخ 21/11/2020 نطلعكم على
موافقتنا بخصوص

Le bénéficiaire
L'établissement
Le montant
La validité de prise en charge

**BENCHERQI MOHAMMED
090006784
4550,00Dhs
du 23/11/2020 au 22/12/2020**

المستفيد
المؤسسة العلاجية
المبلغ
صلاحية التحمل

Cette attestation doit être jointe à votre demande de remboursement à déposer impérativement dans un délai n'excédant pas 3 mois à compter de la date de sortie du patient de votre établissement et ce, pour vous permettre de bénéficier du règlement des frais d'hospitalisation selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire.

Aussi, nous vous signalons que la non réalisation des soins dans les délais sus mentionnés rend la présente attestation sans effet.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

هذه الشهادة يجب أن ترفق بطلب التعويض الذي يجب إيداعه في أجل لا يتعدى 3 أشهر من تاريخ خروج المريض من مؤسستكم، وذلك لتمكينكم من الاستفادة من استرجاع مصاريف الاستشفاء، طبقاً للشروط وكيفية التطبيق التي يحددها القانون

كما نشير انتباهم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل الأحوال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة صلاحيتها

ونفضلوا سيدتي، سيدتي، بقبول خالص تحياتنا

**مصلحة الموافقة المسبقة و التحمل
Service Entente Préalable et Prise en Charge**

S/R: CRO
S/R:
S/R:
S/R:

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE N° 4473/2020

Nom et Prénom : Mr. BENCHERQI Mohammed
 Acte : CATARACTE OD
 Date d'entrée : 16/12/2020
 Date de sortie : 16/12/2021

PAYANT AFFILIÉ A : CNSS
 CODE ETABLISSEMENT : 090006784
 N° PRISE EN CHARGE : 998085170

INTITULE	Lettre Clé	Qté	P.U	TOTAL
Séjour				400.00
Bloc Opératoire				3 850.00
Pharmacie médicale				1 300.00
Sous Total Clinique				5 550.00
*** HONORAIRES ***				
DR LAHLOU NOUR EL YAKINE				3 000.00
Sous Total Honoraires				3 000.00
TOTAL				8 550.00

PART ADHERENT	4 000.00
PART MUTUELLE	4 550.00

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
 HUIT MILLE CINQ CENT CINQUANTE DIRHAMS.



CLINIQUE AL MADINA

SERVICE OPHTALMOLOGIE

CHEF DE SERVICE : Docteur ZAFAD RACHID

COMPTE RENDU OPERATOIRE

Mr. BENCHERQI Mohammed	
Date d'entrée : 16/12/2020	Diagnostic : Cataracte de l'œil droit
Date de Sortie: 16/12/2020	Traitemet : Cure de cataracte

Rappel :

Opérateur : DR LAHLOU NOUR EL YAKINE**Anesthésie** : DR LAHBABI MEHDI

Intervention :

Cataracte de l'œil droit

- Désinfection à la bétadine ophtalmologique, cutanée péri orbitaire et dans les culs de sac conjonctivaux de 3 mn.
- Pose d'un champ autocollant stérile.
- Désinfection de la conjonctive à la Bétadine ophtalmologique.
- Incision cornéenne supérieure tunnelisée de 2,4mm.
- Capsulorhexis.
- Hydrodissection.
- Incision porte de service.
- Phacoémulsification en croix.
- Ablation des masses.
- Puissance de l'implant : OCUFLEX +24.0
- Aspiration du 0 viscoat.
- Hydro-suture.
- Incision auto étanche.
- Pommade antibiotique/anti inflammatoire.
- Pansement.



CABINET MÉDICAL D'OPHTALMOLOGIE

الدكتورة مبارش لحلو صباح

Dr MBARECHE LAHLOU Sabah
Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômée du CES d'Ophtalmologie
Université de Montpellier France
Ancien Médecin Spécialiste au
C.H.U. Ibnou Rochd Casablanca
Chirurgie Oculaire
Lentilles de Contact
Laser - Angiographie

INP : 091098152



001625125000060

طب العيون



Casablanca, le 28/9/2020

الدكتور لحلو نور اليقين

Dr LAHLOU Nourelyakine

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé du CES d'Ophtalmologie
Université de Montpellier France
Ancien Médecin Spécialiste au
C.H.U. Ibnou Rochd Casablanca
Ancien Médecin Chef et Chef de Service
à l'Hôpital Omar Idrissi Fès
Chirurgie des Paupières et annexes
Chirurgie des Voies lacrymales

INP : 091032979



001626216000091

Demande de pris en charge
pour M. Boucheki M.

intervention chirurgicale de cataracte
œil (G) par phacoemulsification
avec implant phélique

K130

124, Bd Rahal el Meskini - Casablanca
Tél. 022 44 20 64 - 022 44 28 64
Dr Nourelyakine Lahou
Médecin Ophtalmologue

124, Bd Rahal el Meskini, 5ème étage, Quartier benjdia Casablanca, CP : 20120

près de MARJANE ACIMA Liberté, L'OREAL et Maison VOLVO

Tél. : 05 22 44 20 64 / 05 22 45 20 64 - Tél. fax : 05 22 44 28 94 - E-mail : lahlu.nourlyakine@menara.ma



Dossier de Prise en Charge

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

Réf: ANAM 1.2.05.01

N° Compostage

N° Dossier hospitalisation : 201120140745YO

A remplir par l'établissement

Assuré

BENCHERQI MOHAMMED

N° immatriculat. 160473718

Nom & Prénom BENCHERQI MOHAMMED

N° CIN

B611398

Adresse

CASA

Bénéficiaire des soins

Nom & prénom BENCHERQI
MOHAMMED

N° CIN B611398

Naissance 23/03/1954

Sexe:

Lien parenté Assuré

Enfant

Conjoint

Hospitalisation

Service hosp. CLINIQUE AL MADINA

Nature hosp. Maladie

ALD/ALC

Maternité

Accident

Motif hospitalisation

CATARACTE OD

Date prévisible d'hospitalisation 23/11/2020

Admis en urgence le

Signature et cachet de l'établissement

Date : 20/11/2020

CLINIQUE AL MADINA

INP: 090006784

Estimation des coûts de l'hospitalisation de l'établissement

Frais de séjour	Nbre de jours	Prix	Total HT
Séjour normal			
Soins intensif			
Durée prévisible	Réanimation		
	Couveuse		
Nature de prestation	Code des actes	Lettre clé et cotation NGAP	Valeur clé
Actes médicaux	FORFAIT	K130	1
Actes chirurgicaux			6 500.00
Actes paramédicaux			
Actes d'ontologie			
Kinésithérapie			
Anesthésie			
Bloc opératoire			
Surveillance Réan.			
Surveillance médicale			

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
angle Rue Med Bahi et Rue Mansar
Quartier Palmiers - Casablanca
+21 0522.77.77.40 à 49 (L.G)
Fax: 0522.75.00.01

Examens paraclinique

Biologie	
Radiologie Imagerie	
Autres(Anatomopath)	
ECG EEG Endoscopie	

CLINIQUE AL MADINA
FACTURATION
angle Rue Med Bahi et Rue Mansar
Quartier Palmiers - Casablanca
+21 0522.77.77.40 à 49 (L.G)
Fax: 0522.75.00.01

Pharmacie	
Appareil et DM	
Sang et dérivés	

Total estimation 6 500.00

(*) La prise en charge de la CNSS est sous réserve de tous les contrôles prévus par la législation.

(1) Pour les établissements des soins disposant de ces nuités

(2) A détailler dans le pli confidentiel

www.cnss.ma - Fax 022 54 86 25/26/27/28

Maison de l'assuré Place de DAKAR Casablanca BP 2186 Casa Gare Centre d'a

AMO 022 54 8617/18 Fax 022548625/26/27/28 web www.cnss.ma

Adresse:

CASABLA

Base de remboursement	Taux de remboursement	Accord de la CNSS	Tiers modér

Total
Prise en charge accordée

En chiffre

En lettre

Signature et cachet de la CNSS

Date