

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

## Informations 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.

## Pathologie 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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0018998

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2826 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : RACHIDI Amina

Date de naissance : 02/08/1957

Adresse : Residence HABAB imm 10 app 3 Zone D

Ain Sbaa Casa

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 : Casa 04/02/2021

Le : 04/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



### RELEVÉ 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

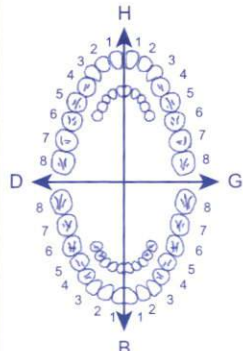
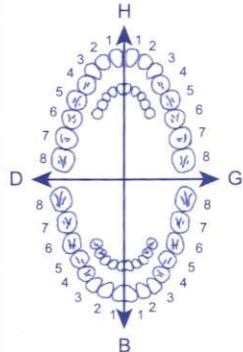
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
					MONTANTS DES SOINS															
				DEBUT D'EXECUTION																
				FIN D'EXECUTION																
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">G</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	G		B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
G																				
B																				
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS																
					DATE DU DEVIS															
				DATE DE L'EXECUTION																

VISA ET CACHET 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'éligibilité au remboursement.

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

	<b>بيان تعويضات التأمين الصحي الإجمالي</b> <b>RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO</b>	 الضمان الاجتماعي <b>CNSS</b>	مديرية التأمين الصحي الإجمالي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : 610 2 06 : REF
	<b>Référence structurée :</b>	<b>Emis à Casablanca le :</b> 27/01/2021	<b>Page :</b> 1
	<b>Identifiant de la famille</b> تعريف العائلة N° d'immatriculation: 160473718 Règlement du mois : 01/2021 Mode de paiement : Virement	<b>BENCHERQI MOHAMMED</b> <b>RES CHABAB ZONE D IMM 10 N°3 AIN SBAA</b> <b>008 2000</b>	
<b>Informations :</b>			

بيان ما دفع لمؤسسات العلاج لغائدتكم										
Détail des règlements effectués en votre faveur aux établissements de soins										
مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض 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 في الدار البيضاء، في

Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مديرية التأمين الصحي الإجباري

CLINIQUE ALMADINA  
ANG RUE MOHAMED BAHY 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,

سيدتي، سيدي

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

جوابا على السلف المتعلق بالتحمل رقم 998085170  
والذي وافيتمونا 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.

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، طبقا للشروط وكيفية التطبيق التي  
يحددها القانون

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

كما نثير انتباهكم إلى أن عدم إنجاز العلاجات داخل  
الأجال المشار إليها أعلاه، يفقد هذه الشهادة  
صلاحيتها

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

وتفضلوا سيدتي، سيدي، 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

PAYANT AFFILIE A : CNSS

Acte : CATARACTE OD

CODE ETABLISSEMENT : 090006784

Date d'entrée : 16/12/2020

N° PRISE EN CHARGE : 998085170

Date de sortie : 16/12/2021

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

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 2  
FACTURATION  
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansar  
Quartier Palmiers - Casablanca  
Tél: 0522 77 77 40 à 49 (L.C.)  
Fax: 0522 25 00 01

PAYE EN ESPECES  
Le: 16/12/2020

## 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	Traitement : 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.

CLINIQUE AL MADINA  
FACTURATION  
Angle Rue Med Bahi et Rue Mansar  
Quartier Palmiers - Casablanca  
Tél: 0522-77.77.40 à 49 (L.G)  
Fax: 0522-25.00.01



# CABINET MÉDICAL D'OPHTALMOLOGIE

الدكتورة مبارش لحو 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



الدكتور لحلون نور اليقين  
Dr LAHLOU Nourlyakine

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

Casablanca, le 29/9/2020

Demande de prise en charge  
pour M. Boucharki M

intervention chirurgicale de cataracte  
2e oeil (OD) par phacémulsi-fusée  
avec implant flexible.

K130

Dr Nourlyakine Lahlou  
Médecin Ophtalmologiste  
124, Bd Rahal el Meskini - CASA  
Tél. 022 44 20 64 - 022 44 28 94





# 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 &amp; Prénom BENCHERQI MOHAMMED

N° CIN B611398

Adresse CASA

**Bénéficiaire des soins**

Nom &amp; 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**

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

**CLINIQUE AL MADINA 2**  
**FACTURATION**  
Rue Med Bahi et Rue Mansar  
Quartier Palmiers - Casablanca  
0522.77.77.40 à 49 (L.G)  
05 00 01

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

**Examens paraclinique**

Biologie  
Radiologie Imagerie  
Autres (Anatomopath)  
ECG EEG Endoscopie

Pharmacie  
Appareil et DM  
Sang et dérivés

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

**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:

CASABLANCA

**Accord de la CNSS**

Base de remboursement	Taux de remboursement	Montant prix en charge	Tiel modéré
-----------------------	-----------------------	------------------------	-------------

**Total****Prise en charge accordée**

En chiffre

En lettre

Signature et cachet de la CNSS

Date