

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.

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> 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

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2826 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Rachid AMINA

Date de naissance : 02/08/57

Adresse : Rondoule CHAGRAZ, 2mn 10 appart n° 3, BOULEVARD DE SIDI

CASABLANCA

Tél : Total des frais engagés : 5.818,62 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BECHERDI Mohamed Age : 66 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Covid-19

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 19/04/21



**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 : 210202706400615

Emis à Casablanca le : 25/02/2021

Page : 1

Identifiant de la famille تعریف العائلة

N° d'immatriculation: 160473718
Règlement du mois : 02/2021
Mode de paiement : Virement

BENCHERQI MOHAMMED
RES CHABAB ZONE D IMM 10 N[3 AIN SBAA
CASABLANCA 2000

Informations :

معلومات :

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	المعرفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
BENCHERQI MOHAMMED										
084894292	29/12/2020	CS	ETABLISSEMENT PRIVE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
084894292	29/12/2020	Z	ETABLISSEMENT PRIVE	1 500,00	1 000,00	1,00	1,00	1 000,00	70	700,00
084894292	29/12/2020	B	BIOLOGIE	990,75	1,10	890,00	1,00	979,00	70	685,30
084894292	29/12/2020	B	BIOLOGIE	936,36	1,10	690,00	1,00	759,00	70	531,30
084894292	29/12/2020	PH	PHARMACIE	2 162,40	2 162,40	1,00	1,00	2 162,40	70	1 513,68
084894292	29/12/2020	PHN	PHARMACIE	29,10	97,10	1,00	1,00	97,10	00	0,00
Total remboursé pour MOHAMMED										3 535,28
Total général remboursé										3 535,28

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

جـب أرـقـاـل وـرـقـةـ العـلاـجـاتـ يـحـمـيـ الـوـنـاقـ الـخـسـرـوـيـهـ
وـصـفـاتـ طـيـهـ فـوـقـاـبـرـ ...ـ

حسب كتابة الاسم الكامل للشخص المبالغ من طرف
المنابع على كل ورقة علاج

تحت إرفاق الوصفات المرسلة بالرقم التسريطي للأدوية
صيغة

يجب تقديم ورقة العلاجات والمثانة الامامية الى المستدرو
ل الوطنى للضمار الاجتماعى فى ظرف شهرين من تاريخ
ول عملية طبية ملائمة فى حالة العلاج المستمر فى هذه
الحالة يجب تقديم الملف فى حدود شهرين (60 يوما) من
نهاية العلاج

سيتم تعويض المعالع المصروفة على أساس التعريفة الوطنية
مصححة

مسيحة الموافقة بطلب رئيسها بعض الخدمات يحصل على موافقة

تحة هذه الخدمات متوفرة لدى جميع و كلاس
مسندوق الوطبي للمضمان الاجتماعي .

الخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية
غير قابلة للتعويض.

مل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

نحو التعبو يضر من طرف الصندوق الوطني للضمان
الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق
كرمه

sous par personne et par
soit être accompagnée de
justificatives originales
(factures, ...).

de la personne soignée
à les praticiens eux-mêmes
ainsi.

transmises doivent être
codes à barres de

is ainsi que les pièces à être présentées à la CNSS qui suivent le premier acte de traitement médical continué dossier doit être présenté jours qui suivent la fin du

des frais engagés sera la tarification nationale de

ne peuvent donner lieu au
titre à accord préalable.
ces est disponible auprès de

Les accidents du travail elles ne sont pas couverts.

ible de fraude ou de fausse-
ment des prestations qui ne
peut pas être assuré par la possi-
bilité des sanctions légales.

boursement prise par la
c au respect des conditions
e qui précède.

Signature de l'Agence

خاص بمديرية التأمين الصحي الإجباري
Réservé à la DAMO

 ٢٠١٣ / ٢٠١٤ المدة التأمين على المرض	وقد العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">Entente préalable *</td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px; text-align: center;">Signature *</td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table>	Entente préalable *		Signature *		مديرية التأمين الصحي الاجتماعي Direction de l'Assurance Maladie social
Entente préalable *						
Signature *						
		شرح رقم ٦٠-٥٢ Ref. ٦٠-٥٢				
		تاريخ : ٢٠١٣ / ٢٠١٤				
N° Dossier : خاص بالمؤمن له (لها)						
Partie réservée à l'assuré(e)						
Nom et prénom : <u>BLOCHETI, Né h mmed</u>		الاسم العائلي والشخص				
N° immatriculation : <u>14 16 10 14 14 13 11 18</u>		رقم التسجيل :				
N° CIN : <u>1 BIE 14 14 13 19 18 1</u>		رقم بطاقة التعريف الوطنية :				
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *		علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) *				
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input checked="" type="checkbox"/>		Enfant <input type="checkbox"/> اب <input checked="" type="checkbox"/>				
Adresse : _____ العلوان :						
Montant des frais : <u>5918,60</u> درهم		مبلغ المصروف :				
Nombre de pièces jointes : <u>05</u>		عدد الوثائق المرفقة :				
Déclaration du médecin traitant						
Beneficiaire de soins						
Nom et prénom : _____ الاسم العائلي والشخصي						
Date de naissance : _____ تاريخ الازدياد						
N° CIN : <u>14 16 10 14 14 13 11</u>						
Sexe : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى الجنس :						
INPE et code à barres ** <u>14161014141311</u>						
الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفق <u>14161014141311</u>						
Medecin traitant الطبيب المعالج		Etablissement de soins المؤسسة العلاجية				
Type de soins: <u>جوع العلاجات</u>						
Hospitalisation <input type="checkbox"/> استشفاء <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> أمومة <input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> حادثة <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> مرض						
Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements partis ci-avant. Fait à						
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements partis ci-avant. Fait à						
شهيد سمع كل ما ذكر أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables						
Fait à						
Le						
<u>14 16 10 14 14 13 11</u> في						
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة العلاجية Signature et sceau du médecin traitant ou de l'établissement de soins						

نوع وظيفة الطبيب المعالج	المبلغ المفoter	معامل	رمز العمليات	تاريخ العمليا
Signature et cachet du Médecin traitant	Montant facturé	Lettre clé+ cotation NGAP	Code des actes	te des actes
Dr. HACHIM YOUSSEF Médecin Urologue Centre Miskines	300 DH	CS		3/12/20

E et code à Barres

— — — — —

Et code à Barres

1 1 1 1 1 1

CIM

es Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

et code à Barres

1 2 3 4 5 6 7 8

Et code à Barres

— — — — —

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie				الصورة والملحقات ملف (الإيجار)
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معالم العمليات Lettre clé+ cotation NGAP / NABM	بلغ المدفوع Montant facture	Signature et Cache Bio.
29/12/2020	70M		120	
INPE et code à Barres				
01/01/2020		Bifam	990,71	SERVICE LABO, HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA INPE : 090063 779, Bd. Chefchaouen
12/01/2021	B	890	936,31	
INPE et code à Barres				

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

* fournis

الصيادي أو ممون التجهيز
الطبية

Signature et Cachet du Pha
tournisseurs des dispositi

03/12/2020	210A180	 2020-12-03
------------	---------	---

1000

INPE et code à Barres

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme d'assurance	Structure de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix
--	----------------------------	---------------	----------	------

PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 29-12-2020

PREFACTURE

A. Identification

N° Dossier : HPC20L29163706

N° Identifiant : 038253/20

Nom & Prénom : Mme BENCHERQI MOHAMMED

C.I.N : B611398

Adresse : AIN SEBAA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 29-12-2020

Date Sortie : 29-12-2020

Traitemet : Urgence

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATIONS		300,00			300,00
Total Rubrique :						
0,00						
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL						
300,00						

TROIS CENTS DIRHAMS

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

Cachet et Signature

Actes de

laboratoire

البيانات

Date des

البيانات

البيانات

INPE

البيانات

04/12/2012

INPE

البيانات

De

البيانات

à

البيانات

SERVICE LABORATOIRE

HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AÏN SEBAA

INPE : 090063272

974, Bd. Chefchaouni Aïn Sebaa

BP 100 - 10600 Casablanca

Tel : 05 22 35 68 00 00 - Fax : 05 22 35 66 44

E-mail : direction@hpc.ma - Site web : www.hpc.ma

Nature de la prestation

TC

البيانات

Casablanca, le

29/12/2012

Bene HCP

Mohammed

- NFS, PC

- WBC, CRP

- CRP

- PCT

- D-Dimers

- LDIA

AKDITAL
Laboratoire de Diagnose

Honoraires

Casablanca, le 04/01/2021

Dossier N°: 040121-430 du: 04/01/2021

CNSS

Médecin Dr :HACHIM YOUSSEF

Matricule : N°Chambre :

Patient :Mr BENCHEROUI MOHAMMED

Analyses	Cotation	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE		
Créatinine	80	88,000
UREE	30	33,000
LDH	30	33,000
CRP : PROTEINE-C REACTIVE	50	55,000
PROCALCITONINE	100	110,000
RECHERCHE DE D DIMERES	400	440,000
Prélèvement sang veineux	200	220,000
	1	11,750
	Total B	890
	Total en dirhams	990,75

SERVICE LABORATOIRE
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBAA
INPE : 690063272
279, Bd. Chetouani Aïn Sebaa

RIVE CASABLANCA AIN SEBAA

090063272



CASABLANCA Le : 29-12-20

Facture N° 23799/20

A. Identification

N° Dossier : HPC20L29164330

N° Identifiant : 038253/20

Nom & Prénom : Mme BENCHERQI MOHAMMED

C.I.N : B611398

Adresse : AIN SEBAA

C. Débiteur

page 1

Organisme : Payant

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 29-12-2020

Date Sortie : 29-12-2020

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitements :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
RADIOLOGIE						
1	SCANNER THORACIQUE		1 500,00			1 500,00
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
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS						
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :						
					TOTAL GENERAL	1 500,00

Cachet et Signature

INPE
279 Bd. Chefchaouen
Casablanca

Sebaâ
chaouni Ain Sebaâ - Casablanca
22 68 00 00 - Fax : 05 22 35 66 44
431357 - IF : 34460126 - ICE : 002247038000079
E-mail : direction@hpc.ma - Site web : www.hpc-casablanca.ma



المستشفى الخاص للدار البيضاء
عين السبع

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE
Dr. MRABET Mustapha
Médecin Biologiste

ah
AKDITAL

Honoraires

Casablanca, le 12/01/2021

Dossier N°: 120121-820 du: 12/01/2021

Médecin Dr :HACHIM YOUSSEF

21-000115 N°Chambre

Patient :Mr BENCHERQUI MOHAMMED

Analyses	Cotation	Montant
HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C	100	134,000
CRP : PROTEINE-C REACTIVE	100	134,000
RECHERCHE DE D DIMERES	200	268,000
FIBRINOGENE	40	53,600
FERRITINE	250	335,000
Prélèvement sang veineux	1	11,750
	Total B	690
	Total en dirhams	936,35

Casablanca , le 04/01/2021

Honoraires

Dossier N°: 040121-430 du: 04/01/2021

CNSS

Médecin Dr :HACHIM YOUSSEF

Matricule :

N° Chambre

Patient :Mr BENCHERQUI MOHAMMED

<i>Analyses</i>	<i>Cotation</i>	<i>Montant</i>
NUMERATION FORMULE SANGUINE	80	88,000
Créatinine	30	33,000
UREE	30	33,000
LDH	50	55,000
CRP : PROTEINE-C REACTIVE	100	110,000
PROCALCITONINE	400	440,000
RECHERCHE DE D DIMERES	200	220,000
Prélèvement sang veineux		
	Total B	890
	Total en dirhams	890,75

SERVICE LABORATOIRE
 HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBAâ
 INPE : b90063272
 279, Bd. Chefchaouni Ain Sebaâ

Casablanca, le 12/01/2021

Dzhered Bencherif

Casablanca, le 12/01/2021

DDimères

ACHIM YOUSSEF

CRP

Ferritin - e

Fibrinogen u

HbA1c

Dr. HACHIM Youssef
Médecin Urgentiste
11, Rue Frédéric Le Maître Rivière
Hôpital H4 - Tel: 05 22 68 61 210 344

Cotation	Montant
100	134,000
100	134,000
200	268,000
40	53,600
250	335,000
1	11,750

Total B 690

dirhams 936,35

Z

Hôpital Privé Casablanca
Aïn Sebaâ

Actes
Opérations
Date de

INPE

L

01/1

12

INPE

L

Des

C

INI

L

H

Casablanca, le

29/11

Bemtlenqi Moham

SVP faire

TDM Thoracique

Susp covid

Dr HACHIM YOUSSEF
Médecin Généliste
11, Rue Frédéric Le Motteu Andloua
Casablanca - Tel: 0661 219 346

29/12/2020

PATIENT : **BENCHERQI MOHAMMED**

PRESCRIPTEUR: **ANESTHESISTE REANIMATEUR**

SCANNER THORACIQUE

TECHNIQUE

- Acquisition spiralée avec reconstruction sans injection de PDC

RESULTATS :

- Plages de verre dépoli bilatérales asymétriques dont l'étendue est estimée à 5 % environ associé à des épaississements septaux et non septaux
 - Absence d'épanchement pleuropéricardique
 - Absence d'ADP médiastinale de taille significative
-
- Pneumopathie d'origine virale dont l'étendue est minime d'environ 5%

Merci de votre confiance.

Pr SIWANE