

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 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



Déclaration de Maladie

M23-0023269

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12938 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Benche Kroun Kamal
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : 198522 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Rayan Age:
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué 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) :

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
21.02.24	visite	1	2160,00	

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

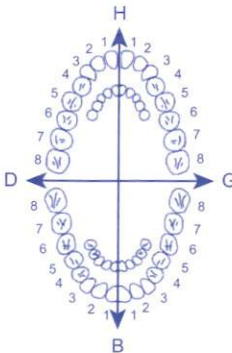
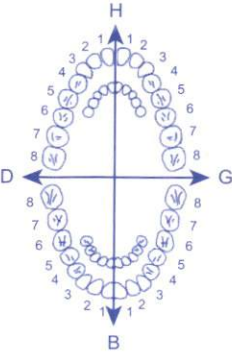
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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														
				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																
	<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>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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



ORDONNANCE

Casablanca 22/02/2024 الدار البيضاء في
09h50

BB BENCHEKROUN

Sexe : Masculin

Né le : 21/02/2024

CRP

LABORATOIRE G Lab
Docteur HAJI Mounir
93 Boulevard Anoual
INPE 093061091 TP 3636941

Service Réa Néonatal



Dr ZAHER &

Relevé d'Honoraires N° : 2402222024

Casablanca le 22-02-2024

NRSM Bb BENCHEKROUN

Demande N° 2402222024

Date de l'examen : 22-02-2024

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
PSA 0370	Prélèvement sang adulte	E	25
	CRP	B	100
	Prélèvement externe	B	0

Total des B : 100

TOTAL DOSSIER : 160 DH

Arrêtée le présent relevé à la somme de : cent soixante dirhams

Conformément à la législation, il est interdit de modifier les dates de facturation.

LABORATOIRE G Lab
Docteur Mounir Filali Mounir
93, Boulevard Anoual
INPE 093061091 TP 36336941

Edition le Jeudi 22 Février 2024 à 12:03

NRSM Bb BENCHEKROUN

L'HERMITAGE CLINIQUE
Clinique l'Hermitage
35, Bd Anoual Quartier des Hôpitaux
20360 Casablanca

Résultats de NRSM Bb BENCHEKROUN

Né(e) le 21-02-2024

Dossier : 2402222024

Prélevé le : 22-02-2024 à 09:50 par Infirmière Clinique

Dossier enregistré le: 22-02-2024 à 11:02

Compte-rendu complet

Intervalles de référence

Antécédents

INFORMATION PATIENT

Vos résultats d'analyses sont disponibles sur le site <http://www.glab.ma> à la rubrique "Serveur des Résultats".

Identité du patient :

Identité du patient transmise et contrôlée par le
préleveur

BIOCHIMIE SANGUINE

CRP

(Spectrophotométrie, INDIKO Plus)

1.0 mg/l

(<10.0)

Dossier validé biologiquement par : Docteur Mounir EL BERNOUSSI

LABORATOIRE GLab
Docteur Mounir EL BERNOUSSI
93 Boulevard Anoual - Casablanca
INPE 09 20 61 091 - IP 3633 6941

Page 1 / 1



PATIENT : Enf. (BB)BENCHEK Sadeq
SEJOUR : Du 21/02/2024 au 22/02/2024

FACTURE : 202400149
DU : 22/02/2024

CLINIQUE

Etablie par : K. Khadi

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
SÉJOUR RÉANIMATION NÉONAT	1	1 000,00	1 000,00
PHARMACIE	1	600,00	600,00
TOTAL CLINIQUE			1 600,00

ENCAISSEMENT COMPTE AUTRUI

Prestation	Quantité	Prix Unitaire	Total
DR. ZAHIRI	1	400,00	400,00
GLAB	1	160,00	160,00
TOTAL AUTRUI			560,00

Arretée la presente facture à la somme de DEUX MILLE CENT SOIXANTE DIRHAMS

L'article 6 de la loi de finances (L.F.) n° 100-14 pour l'année budgétaire 2015, promulguée par le dahir n°1.14.195 du 1er rabii I 1436 (24 décembre 2014) relative aux droits de timbres

PATIENT
TOTAL TTC
2 160,00

CLINIQUE L'HERMITAGE
35, Bd. Anoual - Casablanca
Tél.: 05 22 86 55 66
Fax: 05 22 86 55 77

CLINIQUE L'HERMITAGE

DR. ZAHER Nouredine

مصحة الارميطاج



PATIENT :

Enf. (BB)BENCHEK Sadeq

HONORAIRES :

400,00
(QUATRE CENTS DIRHAMS)

✓