

# 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**

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

**Déclaration de Maladie**

M23-0023269

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : <u>12938</u>	Société : .....	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : <u>Benchehikoun Kamal</u>
Nom & Prénom : <u>Benchehikoun Kamal</u>		
Date de naissance : <u>12/08/1985</u>		
Adresse : <u>12, rue Mohamed Fakir, Casablanca</u>		
Tél. : ..... <u>05 22 20 45 45</u>	Total des frais engagés : <u>198522</u>	Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Autorisation CNDP N° : A-A215 / 2019

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade : Rayan ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Son conjoint  Enfant

<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Son conjoint
<input checked="" type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Autre
<u>Rayan</u>	
MUPRAS	
Longue maladie respiratoire	
<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> ALC
Pathologie : <u>U 1 MAR. 2024</u>	
ACCUEIL KH. HINMI	

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : U 1 MAR. 2024

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel communiquer ces 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) :

### 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
21.1.2024	V.V.	factur	2160,33	2160,33 Casablanca Tél: 05 22 86 55 66 Fax: 05 22 86 51 77

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

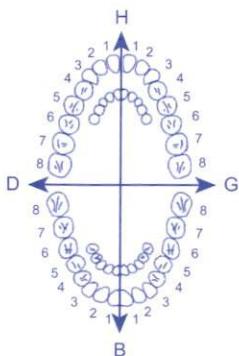
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 de l'ODF.

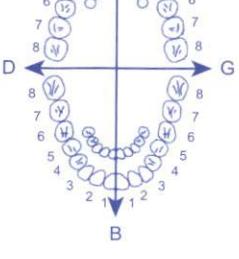
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		

**[Création, remont, adjonction]**  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



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 H.A. Mounir  
93 Boulevard Anoual  
INPE 093061091 TP 36336941

Service Réa Néonat

NRSM BENCHEKROUN BB  
21-02-2024  
2402222024

ORO

Dr ZAHER &  
Signature

**Relevé d'Honoraires N° : 2402222024**

Casablanca le 22-02-2024

**NRSM Bb BENCHEKROUN**

Demande N° 2402222024

Date de l'examen : 22-02-2024

## Analyses :

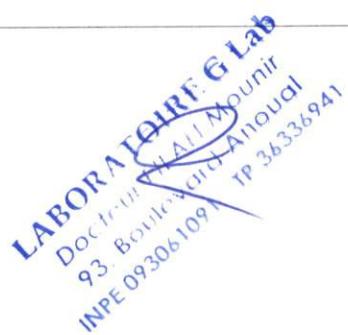
Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
PSA 0370	Prélèvement sang adulte	E	25
	CRP	B	100
	Prélèvement externe	B	0

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.





# Centre de Biologie Médicale

Docteur Mounir Filali : Pharmacien Biogiste - Cytogénéticien - Biogiste de la Reproduction

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

Antériorités

## 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

(Spectrophotométrique, INDIKO Plus)

1.0 mg/l

(<10.0)

Dossier validé biologiquement par : Docteur Lamia EL BENOUESSI

LABORATOIRE G Lab  
Docteur Mounir Filali  
INPE 061091  
TP : 36336941

Page 1 / 1

# CLINIQUE L'HERMITAGE



مصحة لارميطاج

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

## CLINIQUE

FACTURE : 202400149  
DU : 22/02/2024

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
<b>TOTAL CLINIQUE</b>			<b>1 600,00</b>

## ENCAISSEMENT COMPTE AUTRUI

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

Arrêtée la présente 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 décret n°1.14.195 du 1er rabii I 1436 (24 décembre 2014) relative aux droits de timbres

<b>PATIENT</b>
<b>TOTAL TTC</b>

2 160,00



**CLINIQUE L'HERMITAGE**

DR ZAHER Noureddine

مصحة لارميطاچ



PATIENT :

Enf. (BB)BENCHEK Sadeq

HONORIARES :

400,00  
(QUATRE CENTS DIRHAMS )

✓