

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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](http://www.mupras.com)



ND: 30927

## Déclaration de Maladie : N° P19-0014445

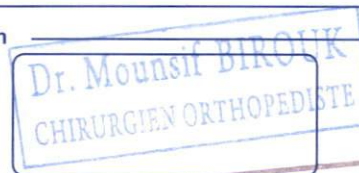
☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2051 Société :  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENNIS Rachid Date de naissance : 22 oct 1953  
Adresse : 29 Rue Abou el WAKS - Boulogne - Casablanca  
Tél. : 0661 132962 Total des frais engagés : 400 DHS

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : M. NAJESSA BENNIS Age : 24 ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Inflammation de la gencive synoviale 6te  
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 Le : 27 / 12 / 20

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
18/02/2010		C5	6,00	

# 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

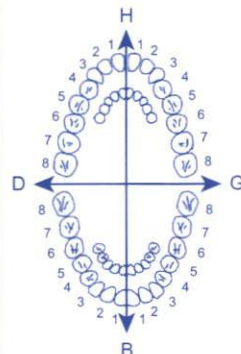
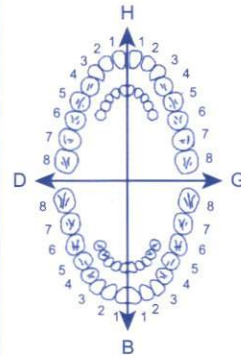
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# 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 de

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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>  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



& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Complément Dossier

Déclaration de Maladie : N° P19-0014450

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2017 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

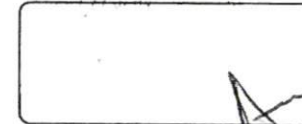
Nom & Prénom : BEN NISS Rachid Date de naissance : 22 oct. 5

Adresse : 29 Rue Mou de WART. Bangorou

Tél. : 06 61 17 29 62 Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10/03/2020

Nom et prénom du malade : NOUEISSA BENNIS Age : 2

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : séquelles

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0014450

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute  
réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 18/02/2020

Mme BENNIS Noufissa

Rx. MFT F & P  
3/4

Compte r/  
2





مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 19/02/2020

BENNIS MOUFISSA

① Analg 1000 -  
1.5ml 23/5

② Mefsal 15 -  
1.8/5

③ Co - Amoxiclav 1g  
1.5ml 23/5 (081)

CLINIQUE ZERKTOUNI  
D'ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE  
Angle Bde. Mohamed Abdou - Casablanca  
Dr. Mounsif BIRQUI  
CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE



FACTURE N° 2003103171  
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 10-03-2020

INPE : 093002574

Mme Noufissa BENNIS

Demande N° 2003103171

Date d'examen : 10/03/2020

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Détection des virus respiratoires	B1655	B

Total des B : 1655

Arrêtée la présente facture à la somme de : ..... \* **2399.75 DH** \*  
deux mille trois cent quatre-vingt-dix-neuf dirhams soixante-quinze centimes





Dossier N° : **2003103171** Patient N° : **1407223107**

Résultats de : **Mme Noufissa BENNIS**

Né(e) le : **13/03/1996 - 23 ans**

N° CIN :

29 RUE ABOU LOUAKT BOURGONE

20000 CASABLANCA

-0.25

**Dr ANNE LACROIX BENSAID**  
645 RUE DE GOULMIMA QUARTIER  
BOURGONE  
20000 CASABLANCA

Edition du : 10-03-2020 à 19:44

Dossier enregistré le 10-03-2020 18:01 par BEN

Prélèvement du 10/03/2020 à (heure non communiquée) par FIC

< Compte-rendu complet validé techniquement par : SAD >

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

## BIOLOGIE MOLECULAIRE

### Panel Respiratoire .

(Certified Multiplex PCR system)

<b>Adénovirus:</b>	NON DETECTE
<b>Coronavirus 229E:</b>	NON DETECTE
<b>Coronavirus HKU1:</b>	NON DETECTE
<b>Coronavirus NL 63:</b>	NON DETECTE
<b>Coronavirus OC43:</b>	NON DETECTE
<b>Human Metapneumovirus:</b>	NON DETECTE
<b>Human Rhinovirus/Enterovirus:</b>	NON DETECTE
<b>Influenza A:</b>	NON DETECTE
<b>Influenza B:</b>	NON DETECTE
<b>Parainfluenza Virus 1:</b>	NON DETECTE
<b>Parainfluenza Virus 2:</b>	NON DETECTE
<b>Parainfluenza Virus 3:</b>	NON DETECTE
<b>Parainfluenza Virus 4:</b>	NON DETECTE
<b>Respiratory Syncytial Virus:</b>	NON DETECTE
<b>Bordetella pertussis:</b>	NON DETECTE
<b>Chlamydophila pneumoniae:</b>	NON DETECTE
<b>Mycoplasma pneumoniae:</b>	NON DETECTE

Mme BENNIS Noufissa

F 13-03-1996

**2003103171**

Date/Heure

10-03-2020  
00:00

Préleveur:

00-INTER

PRELEVEMENT

Validation biologique par : Le Dr M. JENANE Dr K. OUAZZANI

Le Dr M. BEZZARI

Dossier n° 2003103171 - Mme Noufissa BENNIS

1 / 1

