

# 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.

## 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 canalaire, 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 canalaire.

## 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

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

ND: 30997

## 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 : Benni Rachid Date de naissance : 22 oct 1953

Adresse : 29 Rue Abou el WAKS - Bourjoun - Essaouira

Tél. : 0661...132962 Total des frais engagés : 400 Dhs Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : M. NASSA BENI Age : 26 ans

Lien de parenté :

 Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Inflammation de la genou synovite gtr

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 : CRSP

Le : 27/12/20

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
18/02/2020	CS		600,-	Dr. Mounif BIROUK CHIRURGIEN DENTISTE

## 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
		AM	PC	IM	IV	

# 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 00000000 11433553	B	Coefficient des travaux
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Complément Dossier

Secteur de l'Emploi  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0014450

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : ..... Société : .....

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENNIS Rachid Date de naissance : 22 oct 1981

Adresse : 29 Rue Moulay El Yazid Bougzaoua

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 : NOUFISSA BENNIS Age : 21

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie : Sté croupie.

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'attache-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.

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام و المفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 18/02/2020

n<sup>o</sup> 1 BENNIS Noufissa

Rx myof 3/2

compte r/ 2





مصحة الزرقطوني لجراحة العظام و المفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr .Abderrazak HEFTI

- Dr .Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 18/02/2020

BENNIS NOUFISSA

Ⓐ Ansol 1000 —  
1 saut 23'5

Ⓑ Mefsal 15 —  
18'5

Ⓒ Co-Amoxiclav 1g  
—  
Dr. Mounif BIROU  
ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE  
CLINIQUE ZERKTOUNI  
ORTHOPÉDISTE

# Laboratoire Casalab Palmier SCP

Docteur M. Bezzar - Médecin Biologiste à Casablanca  
Docteur K. Chazouani - Pharmacien à Casablanca



الطبية  
الحالات

## FACTURE N° 2003103171 LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 10-03-2020

INPE : 093002574

**Mme Noufissa BENNIS**

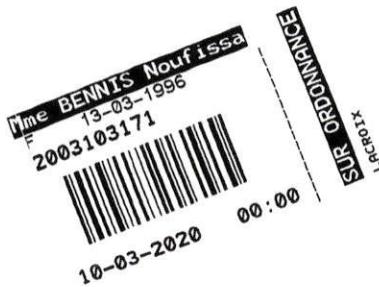
Demande N° 2003103171  
Date d'examen : 10/03/2020

### 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)

#### Adénovirus:

NON DETECTE

Mme BENNIS Noufissa

#### Coronavirus 229E:

NON DETECTE

F 13-03-1996

#### Coronavirus HKU1:

NON DETECTE

2003103171

#### Coronavirus NL 63:

NON DETECTE

#### Coronavirus OC43:

NON DETECTE

#### Human Metapneumovirus:

NON DETECTE

#### Human Rhinovirus/Enterovirus:

NON DETECTE

#### Influenza A:

NON DETECTE

#### Influenza B:

NON DETECTE

#### Parainfluenza Virus 1:

NON DETECTE

#### Parainfluenza Virus 2:

NON DETECTE

#### Parainfluenza Virus 3:

NON DETECTE

#### Parainfluenza Virus 4:

NON DETECTE

#### Respiratory Syncytial Virus:

NON DETECTE

#### Bordetella pertussis:

NON DETECTE

#### Chlamydophila pneumoniae:

NON DETECTE

#### Mycoplasma pneumoniae:

NON DETECTE

Mme BENNIS Noufissa

F 13-03-1996

2003103171

Date/Heure

10-03-2020  
00:00

Préleveuse:

00-INTER

-PRELEVEMENT-

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

