

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



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

**Déclaration de Maladie**

M22- 0007044

149854

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2493 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SABIR ABD ELLAH

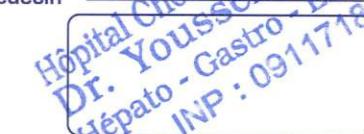
Date de naissance : 01/01/1949

Adresse : MIFAK 3 Rue 80 n° 42 80000

Tél. : 06.62.70.49.34 Total des frais engagés .. Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/12/2022

Nom et prénom du malade : SABIR ABD ELLAH Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : AFFECTATION HEPATO GASTRO INTESTINALE

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : H

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 : .. Le : .. / .. / ..

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

ALD ALC

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

| Dates des Actes | Nature des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 15.02.23        | Consultation     |                       | 300                             |  |
|                 |                  |                       |                                 | Dr. Youssef BENI<br>Gastro - Entérologue<br>091171850          |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien<br>du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| <b>pharmacie bounia Ebrahia SARL AU<br/>El Oulfa Casablanca</b><br><small>299 Rue 64 El Wifak 3<br/>+212 22 91 61 34</small> | 15/10/2023 | 121,50                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |
|                                     |                   |        |     |     |     |                                    |

de tous

## 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## **DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE**

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISÉ ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## وصفة طبية

### Ordonnance

Casablanca, le :

15/02/23

M<sup>r</sup> SABIR ABOULLAO.

32,50

1/ DIPROSONE vento  
1 app



15,

pm 1 a.jj le soir a 7j,  
pm 1 a.jj tout le 2j a 7j.

89,00

4 SENTRALIS SAV



pharmacie Dounia Erah SARL AU  
N° 299 Rue 64 El Wifak 3  
El Oulfa Casablanca  
T : 02 01 51 34

122,50

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd  
Dr. Youssef BENNA  
Hépato-Gastro - Entérologue  
NIP : 091171850

S032 0925

LOT

PER

Prix

89.00

LOT : 155  
PER : OCT 2025  
PPV : 32 DH 50

# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

Date : 15/02/2023  
Numéro : 22 999



Nom patient : SABIR ABDELLAH

Médecin : DR. BENNANI YOUSSEF  
*Hépato-gastro-entéro*

2300639744

PAYANTS

|  | Montant |
|--|---------|
| CONSULTATION D'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE                   | 300,00  |
| Total  | 300,00  |
| Arrêtée la présente à la somme de :<br>TROIS CENTS DIRHAMS |         |

Hopital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tel: 05 29 03 33 45  
Fax: 05 29 00 41 77  
Email: contact@hkhm.ma  
N°INP: 090061862

Date : 15/08/2013

Quittance - Paiement espèces **0755411**

IPP : .....

N° D'admission : 2B000397UM Montant : 300 DA

Patient : SABIR A.B DELLAH

Payé par : .....

