

# 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.

## Optique 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 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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 : N° P19-0001828

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9403 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENLEMH.M. YASSINE Date de naissance : 17/10/1973

Adresse : LOT CENTRAL PARK N°16 BOUSKOURA

Tél. : 06 63 608 602 Total des frais engagés : 2569,00 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/07/19

Nom et prénom du malade : ZINE EL ABIDINE IBTESSAME Age : 43 ANS

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : maladie de l'œil

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : maladie de l'œil

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) : .....  


## 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
16/07/19	16/07/19	16/07/19	1300 DH	Dr. Karima EL ABBAD Professeur Agrégée Gynécologie-Obstétrique
Hôpital Hassan II Casablanca Email : karima.abbad@chc.ma Tél : 0906146167				

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACHE DR ZINE EL ABBAD Km 14 Douar Guedalek Boukoura Casablanca Tél : 0906146167	16/07/19	1163,00
	16/07/19	106,00

## 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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	D 00000000 00000000 35533411	MONTANTS DES SOINS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية  
**Ordonnance**

Casablanca, le :

16/09/2019

Dr ZINE EL ABBEYNE

TRIFALGYN

57100 Dr ZINE EL ABBEYNE

15

10900 rep + 31

21,50

21 Trifalgyne

15

22,60  
106,00

10900

15  
152

PPV:21DH50  
PER:09/20  
LOT:H1900

Spafm  
rep + 31

Pr. Karima FICHTALI  
Professeur Agrégée  
Gynécologie-Obstétrique

PHARMACIE CHOKR  
Dr ZINE EL ABBEYNE Zukia  
Km. 14 Douar Chedid Malek  
Boisakoura Casablanca  
Tél : 052 54 03 81

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

16/07/19

zine zla bidine ibtissam

pose de stérilet

116309 Mirena



Mirena® 20 µg / 24h (⊗)  
Lévonorgestrel  
Dispositif intra-utérin  
P.P.V. : 1163,00 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090693

PHARMACIE CHOKR  
Dr ZINE EL ABBIDINE Eulalia  
Km 14 Doura Cours Melek  
Boussoura Casablanca  
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

Pr. Karima FICHTALI  
Professeur Agrégée  
Gynécologie-Obstétrique

## DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Le 16.07.2019

### A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Matricule : 9403 e-mail : ybenlemlih@royalairmaroc.com Phone : 06.63.608.602

Nom et Prénom de l'adhérent : BENLEM LIH YASSINE

Nom et Prénom du bénéficiaire : ZINE EL ABIDINE IBTISSAME

### A REMPLIR PAR LE PRATICIEN

Je soussigné :

Estime que l'état de santé de Mlle, Mme, M. ZINE EL ABIDINE IBTISSAME

Nécessite :

Un acte coté à la nomenclature (préciser le coefficient)

Injection de Diu (stérile) du muon

Une hospitalisation de (approximatif)

A (préciser l'établissement hospitalier)

### STRICTEMENT CONFIDENTIEL

Renseignements sur la nature de l'affection et de l'acte thérapeutique (à l'attention du médecin conseil de la MUPRAS) :

Cachet, date et signature du praticien

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN CONSEIL DE LA MUPRAS

Décision :

N.B. cette demande d'accord préalable doit être adressée, mailée ou faxée à la MUPRAS le premier jour ouvrable. Dans le cas contraire, la MUPRAS se réserve le droit de la rejeter.



# HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

## F A C T U R E

N° 88 640 / 2019 du 16/07/2019

Nom patient : **ZINE EL ABIDINE IBTISSAME**

Entrée 16/07/2019

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 16/07/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
- Pose de stérilet	1,00		1 300,00 Sous-Total	1 300,00 1 300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>1 300,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>MILLE TROIS CENTS DIRHAMS</b>	<b>Total</b>	<b>1 300,00</b>

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		1 300,00		1 300,00	0,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid  
Tél.: 05 29 03 53 45  
Fax : 05 29 00 44 77  
E-mail : contact@ckm.hck.ma  
N°INP 090061862

