

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.

Diagnostic 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.

Prothèse :

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 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



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 : BENEMMUN YASSINE Date de naissance : 17/01/73
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 ISSAME Age : 43 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : melleme horage pour diététique hormonal
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) :

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
16/07/19	Acte de consultation		1300 DH	Dr. Karima El Ghannouchi Professeur Agrégée Gynécologie-Obstétrique

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie El Ghannouchi Km 14 Douar Ouled Malek Bordj Bouja Tél : 03 81 00 00 00	16/07/19	1163,00
	16/07/19	106,00

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
		AM	PC	IM	IV	

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													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			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 : 16/07/2015 Mr ZINE EL ARABINE

URGENCE

57,00 4 Dicynone 15

1 cp x 31; pld 31

21,50 21 Tifalgen 15

1 cp 1

27,50 31 Sperfon 15

1 cp x 31; pld 2 j

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

PHARMACE CHOKR
Dr ZINE EL ARABINE Eukia
Km 14 Douar Guidou Malek
Bouakoufa Casablanca
Tél : 59 03 81

Pr. Karima FICHTAL
Professeur Agrégée
Gynécologie-Obstétrique

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

16/07/19

zinezlabidine 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 ABIDINE Fikria
Km 14 Douar Ouled Malek
Boukoura Casablanca
Tél : 59 03 81

Pr. Karima FICHTALI
Professeur Agrégée
Gynécologie-Obstétrique

DEMANDE D'ACCORD PREALABLE

Accomp
CASA-MAR

Le 18/07/2019

A REMPLIR PAR L'ADHERENT	
Matricule : 9403	e-mail : ybenlemlih@royalairmaroc.com
Phones : 06 63 608 602	
Nom et Prénom de l'adhérent : BENLEMUH 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)	
Insertion de Diu (sterilet) hormonal	
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
PRESTATIONS INTERNES				
- Pose de stérilet	1,00		1 300,00	1 300,00
			Sous-Total	1 300,00
Total Frais Clinique				1 300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

MILLE TROIS CENTS DIRHAMS

Total 1 300,00

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@hckm.hck.ma
N°INP 090061862

