

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## rmacie :

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.

## ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## ntaire :

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.

## ladie 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.



## Maladie

## Dentaire

## Optique

## Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1956

Société : (17198)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BENACHEKROUN ANISSA

Date de naissance : 18/05/1956

Adresse : 109 Rue MATAIGNÉ VAL FLEUM

CA SABLANCA

Tél. : 0661465226 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04/11/2020

Nom et prénom du malade : Benachekroun Anissa

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie : Diabète

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) :

## 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
4.11.2020	Q	<i>Salloum</i>		Docteur Ziad Salloum - DENTISTE 49, Avenue Rue des 1000 martyrs Rue Dubreuil - Casablanca Tel: 05 22 20 23 45 - 05 22 48 27 75

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HEALTH INNOVATION 10, Rue Racine Vai Fleuri CASABLANCA Tel: 05 22 23 22 51	04-11-2020	9 241.00

## ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX



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

**valable 3 mois**

Le 04.11.2020

## **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : Bencha KARIM Anissa

Présente Un diabète type 2 et hypertension

Nécessitant un traitement d'une durée de :

A vie

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com) // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18

Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakir  
6ème Etage. Casablanca

Docteur Zineb SLAOUI BIOURI  
ENDOCRINOLOGUE - DIABETOLOGUE  
NUTRITIONNISTE  
40, Angle Rue des Hôpitaux  
et Rue Dubreuil - Casablanca  
Tél : 05 22 20 23 45 / 05 22 48 27 75



# HEALTH INNOVATION

N° FACTURE	DATE
202000070	06/11/2020

FACTURER À  
**MME BENCHEKROUN ANISSA**

Arrêtée la présente facture à LA SOMME DE NEUF CENT VINGT QUATRE Dirhams

HEALTH INFORMATION  
10, Rue Rabelais, 33000 Bordeaux  
CASABLANCA  
Tel: 05 22 33 22 51

## HEALTH INNOVATION

SARL au Capital de 8.000.000,00 Dirhams | 10 Rue Racine, Valfleuri - Maarif - Casablanca | E-mail : contact@healthinnovation.ma  
Direction Commerciale et Logistique : +212 522 23 22 51 | Direction Générale : +212 522 25 10 31 | FAX : +212 522 23 22 48

477963



2020-09-30

GTIN 04015630982097

# ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Testovacích prúžkov



Na stanovenie glykémie  
Vhodné na selfmonitoring

Iba pre:  
Accu-Chek® Performa  
Accu-Chek® Performa Nano  
Accu-Chek® Performa Combo  
Accu-Chek® Performa Solo

CE 0088



# ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Testovacích proužků



Pro měření glykémie  
Vhodné pro selfmonitoring

Pouze pro:  
Accu-Chek® Performa  
Accu-Chek® Performa Nano  
Accu-Chek® Performa Combo  
Accu-Chek® Performa Solo

IVD



REF 06454011039



ACCU-CHEK, ACCU-CHEK PERFORMA,  
PERFORMA NANO, and PERFORMA COMBO  
are trademarks of Roche.

© 2018 Roche Diabetes Care  
06909868004-0818



Roche Diabetes Care GmbH  
Sandhofer Strasse 116  
68305 Mannheim, Germany  
www.accu-chek.com  
Made in U.S.A.



477963



2020-09-30

GTIN 04015630982097

# ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Testovacích prúžkov



Na stanovenie glykémie  
Vhodné na selfmonitoring

Iba pre:  
Accu-Chek® Performa  
Accu-Chek® Performa Nano  
Accu-Chek® Performa Combo  
Accu-Chek® Performa Solo

CE 0088



# ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Testovacích proužků



Pro měření glykémie  
Vhodné pro selfmonitoring

Pouze pro:  
Accu-Chek® Performa  
Accu-Chek® Performa Nano  
Accu-Chek® Performa Combo  
Accu-Chek® Performa Solo

IVD



REF 06454011039



ACCU-CHEK, ACCU-CHEK PERFORMA,  
PERFORMA NANO, and PERFORMA COMBO  
are trademarks of Roche.

© 2018 Roche Diabetes Care  
06909868004-0818



Roche Diabetes Care GmbH  
Sandhofer Strasse 116  
68305 Mannheim, Germany  
www.accu-chek.com  
Made in U.S.A.



477963



2020-09-30

GTIN 04015630982097

# ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Testovacích prúžkov



Na stanovenie glykémie  
Vhodné na selfmonitoring

Iba pre:  
Accu-Chek® Performa  
Accu-Chek® Performa Nano  
Accu-Chek® Performa Combo  
Accu-Chek® Performa Solo

CE 0088



# ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Testovacích proužků



Pro měření glykémie  
Vhodné pro selfmonitoring

Pouze pro:  
Accu-Chek® Performa  
Accu-Chek® Performa Nano  
Accu-Chek® Performa Combo  
Accu-Chek® Performa Solo

IVD



REF 06454011039



4 015630 982097  
ACCU-CHEK, ACCU-CHEK PERFORMA,  
PERFORMA NANO, and PERFORMA COMBO  
are trademarks of Roche.

© 2018 Roche Diabetes Care  
06909868004-0818



Roche Diabetes Care GmbH  
Sandhofer Strasse 116  
68305 Mannheim, Germany  
www.accu-chek.com  
Made in U.S.A.



477963



2020-09-30

GTIN 04015630982097

# ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Testovacích prúžkov



Na stanovenie glykémie  
Vhodné na selfmonitoring

Iba pre:  
Accu-Chek® Performa  
Accu-Chek® Performa Nano  
Accu-Chek® Performa Combo  
Accu-Chek® Performa Solo

CE 0088



# ACCU-CHEK® Performa

06454011

50 Testovacích proužků



Pro měření glykémie  
Vhodné pro selfmonitoring

Pouze pro:  
Accu-Chek® Performa  
Accu-Chek® Performa Nano  
Accu-Chek® Performa Combo  
Accu-Chek® Performa Solo

IVD



REF 06454011039



ACCU-CHEK, ACCU-CHEK PERFORMA,  
PERFORMA NANO, and PERFORMA COMBO  
are trademarks of Roche.

© 2018 Roche Diabetes Care  
06909868004-0818



Roche Diabetes Care GmbH  
Sandhofer Strasse 116  
68305 Mannheim, Germany  
www.accu-chek.com  
Made in U.S.A.

