

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.

Diagnostique 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.



MUPRAS

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 058702

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5921

Société : 48036

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EMBARK SENE

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.63.17.45.31

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/11/2020

Nom et prénom du malade : SENE EMBARK

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Pleurésie chronique

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 : 22/11/2020

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
16/11/2020	CS		300 DH	Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Al- Pr. HERRA G Mohammed Pneumologue - Allergologie 121451077

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
9	16/11/2020	Fonction plénale	1200,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

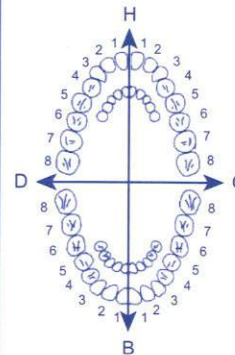
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

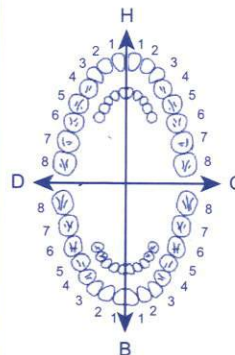
FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

CASABLANCA

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : SENE EMBARK		
Chambre : NA		
Médecin traitant	HERRAG MOHAMMED	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	16/11/2020	
Date sortie	16/11/2020	18:10
Le caissier	L'infirmier	Le major
Billet de sortie établi par : JAW.BAD 17/11/2020 15:55 2000273069		

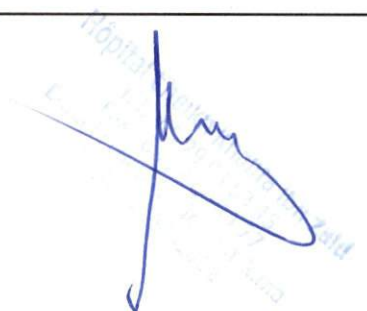
Reçu de caisse

N° : 2011171555008830 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000273069	SENE EMBARK	17/11/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	3569221/CIH SENE DRISS	1 200,00
PAYANT	Total payé	1 200,00
MILLE DEUX CENTS DIRHAM		

Reçu établi par : NAD.RTA



F A C T U R EN° **113 182 / 2020** du **16/11/2020**Nom patient : **SENE EMBARK**Entrée **16/11/2020**Prise en charge : **PAYANTS**Sortie **16/11/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
- Ponction pleurale évacuatrice	1,00		1 200,00	1 200,00
			Sous-Total	1 200,00
Total Frais Clinique				1 200,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>	
MILLE DEUX CENTS DIRHAMS	Total 1 200,00

Encaissements		Chèque			Total encaissé	Solde
		1 200,00			1 200,00	0,00

Ref Chq : 3569221/CIH/ Ref Chq : 3569220/CIH/ Ref Chq : 3569221/CIH/

وصفة طبية **Ordonnance**

16/11/20

Casablanca, le :

Sans emballage

- ① Biologix
10 x 2, 215
- ② Coadolmen
10 x 3

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïr
 Pr. HERRAG Mohamed
 Pneumologue - Allergologue
 121157077

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 113032 / 2020 du 16/11/2020

Nom patient	SENE EMBARK	Entrée	16/11/2020
	PAYANTS	Sortie	16/11/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
- Consultation de pneumologie	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

CASABLANCA

Reçu de caisse

MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N° : 2011161436433700 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2000273012	SENE EMBARK	16/11/2020

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	003971	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : FATSAF

HÔPITAL CHEIKH KHALIFA

Admission Facturation



16/11/2011 14:33:50
9900397754
93977501
HOP CHEIKH KHALIFA G2
Casablanca

A0000000041010
APP : MASTERCARD
SENE/DRISS MR
XXXXXXXXXXXX8675
10/25 CARTE NATIONALE
7530D277358C710E
220-0-9999-1-55

MONTANT : 300,00 MAD
NUM TRANSACTION 016
NUM AUTORISATION 301132
STAN 003971

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT