

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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

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° M20- 0008447

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0769 Société : 63349

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Nassi Rahal

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse : 47 Rue 133 Groupe "N" Oulfa cas

Tél. : 06 62 79 06 07 Total des frais engagés : 1423 300dh, 189,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 09/03/2021

Nom et prénom du malade : NASSI RAHAL Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Thrombopénie

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 : CASABLANCA


Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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
08/03/21	5		+ 300 DH =	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	8/3/21	1118,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

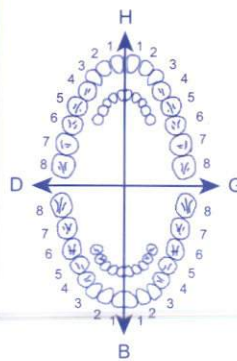
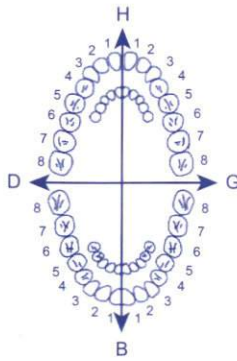
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000 35533411</td> <td>00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H													
	25533412 00000000	21433552 00000000												
	D	G												
	00000000 35533411	00000000 11433553												
	B													
				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

8.3.21.

Mr NASSI RAHAR

69.50 x 6

S.V

1. Cure AML

4cp/5 3 mois

21.80 x 10

S.V

2. Ampe 100
25

S.V

97.70
49.40

3. AMEP 5mg 1cp

S.V

Flubex 1cp

S.V

Zylor 300 1cp

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïr
Pr Said BENCHEKROUN
Hématologie Clinique

T = 118.40

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



LOT: 20E010
PER: 11 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



LOT: 20E006
PER: 06 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



LOT: 19E004
PER: 06 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



LOT: 20E007
PER: 09 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



LOT: 20E008
PER: 10 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



LOT: 20E009
PER: 05 2022

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



LOT: 20E010
PER: 11 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



LOT: 20E007
PER: 09 2021

49,40

68,90

92,20

68,90

68,90

43,20

43,20

43,20

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



LOT: 20E010
PER: 11 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V.: 21DH80



LOT: 20E010
PER: 11 2021

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 25 243 / 2021 du 08/03/2021

Nom patient : **NASSI RAHAL**

Entrée 08/03/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 08/03/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION HEMATOLOGIE	1,00	CS	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

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

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	300,00				300,00	0,00

Hôpital Universitaire Interne Cheikh Khalifa
 Casablanca - C.C. - Centre
 N° INP : 090061862

Date : 08/03/2021

Quittance - Paiement espèces

0550108

IPP :

N° D'admission : Montant : 3000

Patient : NASSI RASHA

