

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.

iologie 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0769

Société :

633LP

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nassi Ralal

Date de naissance :

01-01-1949

Adresse : 17 Rue 133 Groupe "N" Oulfa Casablanca

Tél. : 06 621 79 0607

Total des frais engagés : 300dh. 1119.01. Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

09/03/2021

Nom et prénom du malade :

Nassi Ralal

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Thrombocythémie

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un emblème 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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

5 MARS 2021
ACQUET
10.3.1.2021

VOLET ADHÉRENT

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
08/03/2012	FA	5	+ 3000 Dhs +	<i>Hôpital Cheikh Khalifa</i> Pr Said BENCHERIF Hématologie Clinique

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ZEYRI AL MOLTOUZA Docteur en Pharmacie 220-222-224 Bd Ouard Moumin 33 Casablanca - Tel. 0522 90 51 13 CE. 002291220000071	8/3/21	1118,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفه طبية

8.3.21.

Ordonnance

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Dr. Said BENCHERKOUN
Hématologie Clinique
Casablanca, le
091013508

£9.50 x 8

I. Cee

AML

S.V

21,80 α λο

4 CP / J 3 mos

94,70

49,49

43, 2

Aug 22 1999

25.1

AMEP 5 my

flexible ~~flex~~

THE JOURNAL OF CLIMATE

Zyber 300-49

3

32

1

A circular scribble mark with a blue outline and a blue cross inside.

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Pr Saïd BACHEKROUN
Hématologie Clinique

PPV: 69 DH 50

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V :21DH80
PER.:11 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V :21DH80

6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V :21DH80
PER.:06 2021

6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V :21DH80
PER.:10 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V :21DH80

6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V :21DH80

6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V :21DH80
PER.:11 2021

6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V :21DH80
LOT : 20E007
PER.:09 2021

6 118000 061113

49,40

97,70

68,90

43,20

43,80

43,20

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V :21DH80
PER.:11 2021

6 118000 061113

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20
P.P.V :21DH80
PER.:11 2021

6 118000 061113

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
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION HEMATOLOGIE	1,00	CS	300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total 300,00

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

Hôpital Universitaire Hassan II Casablanca
N°INP: 090061862



HÔPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA

Date : 08/03/2021

Quittance - Paiement espèces

0550108

IPP :

N° D'admission : Montant : 3000

Patient : MOJU, RAMA

