

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.

ologie 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.

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.

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.

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 caractére personnel.

UPRAS : 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

Nº M21- 0037404

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0769

Société :

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

NASSI RAHAL

Date de naissance :

01-01-1949

Adresse :

Alma Groupe N°1 Rue 133 ab 47 Casab

Tél. :

06-79-6607 Total des frais engagés : 931,80 dh + 300 dh

Autorisation CNDP N° : AA-215 /2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

06/2021

Nom et prénom du malade :

Nassi Rahal Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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
07/06/21			3000 Dh	<i>Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayed Pr Said BEN CHEKROUN Hématologue</i> 09/03/2021
18/5/21				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<i>M. MOUTAFA ZEKRI Abdellatif Docteur en Pharmacie 20, 22, 24 Bd Oued Mououya 00131 Casablanca - Tel: 0522 602222 Case 0022 602222 00131</i>	7/16/21	931.80

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
		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	CCEFFICIENT DES TRAVAUX

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECU

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

CCEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le :

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd
Pr Said BENCHEKROUN
Hématologie Clinique

09/01/2008

N = Nassi Rachid

69,50 x 7

1 - Cure AML

3 cp/j 5 jours

puis 2 cp/5

21,80 x 5

2 - Anaparz 100

68,90 x 3

1 S./j

3 - Fludex 1 cp

43,20 x 3

4 - Zyloric 300 . 1cp

T.T = 931,70
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd
Pr Said BENCHEKROUN
Hématologie Clinique

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaïd
Pr Said BENCHEKROUN
Hématologie Clinique

09/01/2008
Docteur ZEKRI Abdellatif
226, 227, 228 Bd Oued M'rhaz
Casablanca 20000
Tél : 00212 529 004 466 • Fax : 00212 529 038 868 • www.hck.ma

PPV: 69 DH 50

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

6 118000 061113

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

6 118000 061113

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

6 118000 061113

68,90

68,90

68,90

43,20

43,20

43,20

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 66 346 / 2021 du 07/06/2021

Nom patient : **NASSI RAHAL**

Entrée 07/06/2021

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 07/06/2021

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
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 International Cheikh Khalifa
Casablanca Cancer Center
N° INP : 090061862

Date : 07/06/2021

Quittance - Paiement espèces

0576653

IPP :

N° D'admission : Montant : 3000

Patient : N.D.S.I. 2000

Cachet