

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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 caractére 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

Nº M21- 1055515

Optique 84033 Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 0769 Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : NASSI RAHAL

Date de naissance : 01-01-1949

Adresse : Chifa apte N° Rue 133 N° 47 casa

Tél. : 06 62 79 6607 Total des frais engagés : 94950 + 3220 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/09/2021

Nom et prénom du malade : Nassi Rahal Age : 78 ans

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Hématologie Clinique pluridisciplinaire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

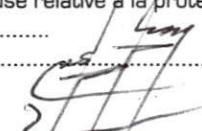
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Le : 09/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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
03/03/2021	Q		3000dh	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ZEKRI Abdellatif Docteur en Pharmacie 222-224 Bd Oued Moudouya El Oued Algeria - Tel: 05-2-91220000011	9/9/2011	949.50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

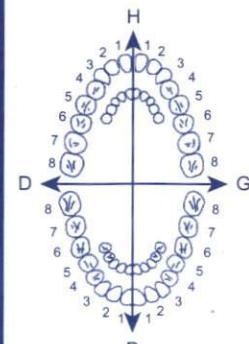
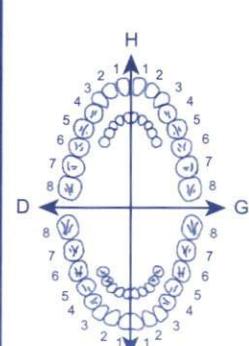
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 G 00000000 11433553	B	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

9.9.29

N : Nasri Nabil .

69,50 x 6

1 - Hydrocortisone 200 mg



21,80 x 3

2 - Argent 25.



43,20 x 3

3 - Zyloric 200 mg / 1



68,90 x 3

4 - Flex 1 gr / -



Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zayd
Pr Said BENMEKROUN
Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc
Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

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

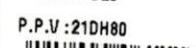
6 118000 061113

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

6 118000 061113

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

6 118000 061113

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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Mk 769

Date : 09/09/2011

Quittance - Paiement espèces

0604841

IPP :

N° D'admission : Montant : 30000

Patient : MASSI RAhal

Cachet

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

M^{le} 769

F A C T U R E

N° 106 676 / 2021 du 09/09/2021

Nom patient : NASSI RAHAL

Entrée 09/09/2021

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 09/09/2021

	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 : 090001862