

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.

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 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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0769

Société : Colibri

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : NASSI RAHAL

Date de naissance : 01.01.1949

Adresse : OULEFA groupée "N" RUE 133 N° 47 CASA

Tél. : 06.62.79.0.6

Total des frais engagés : 300 Dhs 14.979,30 Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 01.01.2012

Nom et prénom du malade : NASSI RAHAL

Age : 1949

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Thyrotoxicose essentielle

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

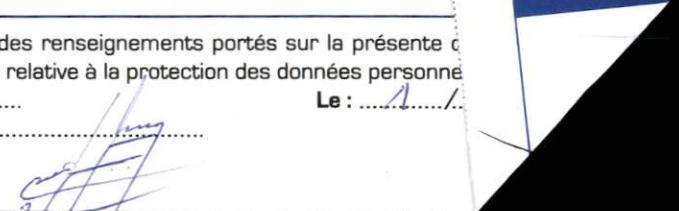
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous le cachet du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 01/01/2012

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires
1.2.12	C		
1.2.12	C		

A blue ink stamp from "Hôpital Chaikh Khalfia Ibn Zain". The stamp contains a stylized signature of the hospital's name and the text "Pr. Said BENCHERIF KEOUN" above "Néurologie Clinique". The stamp is oriented diagonally across the page.

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
PHARMACIE ZEKRI Abdessati Docteur en Pharmacie 220-222-2244 et 220-2244 Casablanca - Tel: 0522.90.61.13 ICE: 0022-220000	El Oufia 21.12.2022

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	
RACHID RACHID no Centralis Casa INPE 091076893	2023-01-10 Transfert Cité EL OULE 06 66 80 76 66			1-TYK 3 =		60,00 918

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

D

00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates the 12th harmonic of a circular string instrument. The circle is divided into 12 equal segments by vertical and horizontal dashed lines. Nodes are marked at each 1/12 interval. The top node is labeled 'H'. The bottom node is labeled 'B'. The left node is labeled 'D'. The right node is labeled 'C'. The nodes are numbered sequentially from 1 to 12, starting from the top node 'H' and moving clockwise.

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MLc. 0769



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
PHARMACIE FORMATION RECHERCHE
ZEMZEM Abdellati
Docteur Pharmacie
220-222-224 - Route Boulevar El Oulfa
Casablanca - Tel : 0522.90.51.13
ICE : 00223122000001

المستشفى الجامعي
الدولي الشيف خليفة
جامعة تكوين علاج

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le

1.2.2022

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zait
Pr Said BENCHEKROUN
Hématologie Clinique

69,50 x 6

7 = NASSI Rachid

1 - Céee AM - = 7cp /

21,80 x 9

2 - Argent 100 1s. /

3,70 x 3

3 - Zyloric 200 .1

€ 8,90 x 3

4 - Fludex 1cp /

58,50

5 - Hydroxofosfate

IM. 1fio / mois

3 iyechis

T = 972,30

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassan, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc

Tél : +212 529 004 466 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

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



6 118000 061113

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



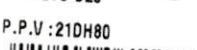
6 118000 061113

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

PPV: 69 DH 50

LOT 212263
EXP 09 2025
PPV 31.30

LOT 182652
EXP 12 2022
PPV 31.30

LOT 212262
EXP 09 2025
PPV 31.30

KOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 08/2024
LOT 18001 2

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 25 558 / 2022 du 01/03/2022

Nom patient : **NASSI RAHAL**

Entrée 01/03/2022

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 01/03/2022

	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

MLE 0769



DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	N ASSI Bahal
Matricule :	0769
N° CIN :	BE 110097
Adresse :	OLFA Groupe 'N' RUE 133 N° 47 CASABLANCA
Bénéficiaire de soins :	<input checked="" type="checkbox"/> Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Partie réservée au médecin traitant	
Je soussigne :	BENCHEKROUN
Spécialité :	Hématologie
N° ICE :	091013508
N° INPE :	091013508
Certifie que Mlle, Mme, M. :	N ASSI Bahal
Nécessitant un traitement d'une durée :	<input type="checkbox"/> < 3 mois <input type="checkbox"/> Entre 3 et 6 mois <input checked="" type="checkbox"/> A vie
Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :	
<p>Maladie chronique incurable</p> <p>Thrombocythémie essentielle</p>	
Dont ci-joint ordonnance :	
<p>Cure AML 2cp, Aspirine 100 Diedox.</p>	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	1 fev. 2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
	

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

Date : 01/03/2022

Quittance - Paiement espèces

0653591

IPP :

N° D'admission : Montant : 300 DA

Patient : N.A.Ssi.....R.A.hal.....

Cachet

