

# 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](mailto:contact@mupras.com)

Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)

Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0055518

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0769 Société : 106607

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NASSI RAHAL

Date de naissance : 01.01.1949

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

Tél. : 06627906 Total des frais engagés : 300 DH 299,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 01/02/22

Nom et prénom du malade : NASSI RAHAL Age : 1949

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

Nature de la maladie : Thrombophtose essentielle

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casa Le : 1

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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
1.2.22	C			
1.3.22	C			

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE ZEKRI Abdelhakim Docteur en Pharmacie 220-222-224 Qued Moulouya El Oulfa Casablanca - Tél: 0522.90.51.43 ICE: 002222000007112122	21/2/22	972,35

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

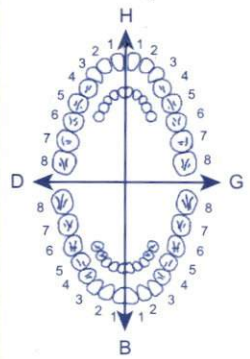
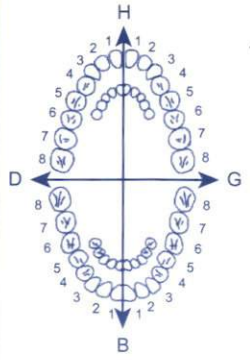
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
PHRICHI Rachid 299-IV Qued Moulouya El Oulfa Casa - Tél: 06 66 80 76 66 INPE 091076893	21/03/22			1-7K	3 =	60,32 918

# 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 canalaires, ainsi que le bilan

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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412 21433552              00000000 00000000              D              00000000 00000000              35533411 11433553              B           </div> <div>             G           </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MLC: 0769



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
PHARMACIEN  
ZEMMOUR Abdelati  
Docteur en Pharmacie  
220-222-223 El Oulfa  
Casablanca - Tel: 0522.90.51.13  
ICE: 002291220000071

المستشفى الجامعي  
الدولي الشيخ خليفة  
علاج تكوين بحث



وصفة طبية

## Ordonnance

Casablanca, le

1.2.2022

69.50 x 6  $\eta$  = NASSI Rahul

1 - Cilee AM - = 2cp/

21.30 x 9

2 - Aripide 100 1s/

31.30 x 3

3 - Zyloric 200 .1g/

48.90 x 3

4 - Fluindex 1cp/

58.50

5 - Hydroxo 5000

IM. 1fois/mois

3 injections

T = 972.30

Adresse : 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

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaï  
Pr Said BENCHEKROUN  
Hématologie Clinique

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 21E004  
PER : 12 2022

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 21E004  
PER : 12 2022

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 21E004  
PER : 12 2022

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 21E004  
PER : 12 2022

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 21E004  
PER : 12 2022

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 21E004  
PER : 12 2022

68,90

68,90

68,90

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

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	300,00
			Sous-Total	300,00
<b>Total Frais Clinique</b>				<b>300,00</b>


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

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

MLC 0769

Hopital Universitaire  
Cancer Center  
N° INP : 090061862

## DECLARATION DE MALADIE LONGUE DUREE : VALABLE 6 MOIS

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit	
Nom et prénom :	N ASSI Rahal
Matricule :	0769 N° CIN : BE 110097
Adresse :	ouLFA Gproupe "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 Rahal
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 :	
Maladie chronique incurable Thrombocythémie essentielle	
Dont ci-joint ordonnance :	
Traitement prescrit :	
Cure AMI 2cp, Aspegic 100 Duoex.	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables	
Fait à :	CASA le 1/2/22 1 Fev. 2022
Cachet et signature du médecin traitant :	
 Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid Pr Said BENCHEKROUN Hématologie Clinique 091013508	

\* Cette déclaration est renouvelable une fois

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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA  
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 01 / 03 / 2022

Quittance - Paiement espèces

0653591

IPP : .....

N° D'admission : ..... Montant : 3000 DA .....

Patient : WASSI RAHAL .....

Cachet