

N° 56119
Annulation
de PEC.
ML:1729



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

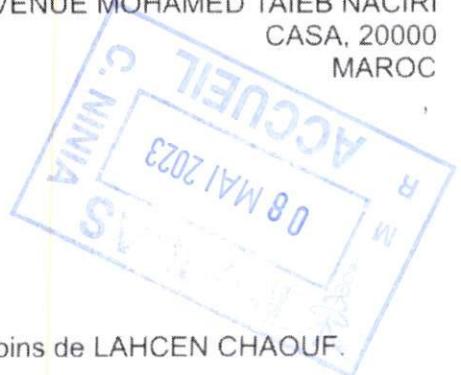
NS6119

Je vous remercie d'avance celle
PEC, j'ai fait à la place une
uloscopie ^{mon} ~~moins~~ contuse
Gospo DTS au lieu de 2.640,00 DHS

Le 5 avril 2023

L. CHAOUF
05/05/2023

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
AVENUE MOHAMED TAIEB NACIRI
CASA, 20000
MAROC



Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE
Identifiant adhérent : 0001729_1951-06-30_LAHCEN
N/REF : 20230950021056
Adhérent : CHAOUF LAHCEN

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de LAHCEN CHAOUF.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 2640.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 660.00 MAD

Validité de prise en charge : du 05-04-2023 au 05-07-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir
6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à LAHCEN CHAOUF.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

CONDITIONS ET MODALITÉS :

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
 - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
 - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
 - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
 - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.

PLI CONFIDENTIEL



MONSIEUR LE MEDECIN CONSEIL

Cher Confrère.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint les renseignements cliniques concernant : Mr/Mme ayant droit à la couverture médicale par l'organisme dont vous assurez le conseil.

Je vous écris pour information et en vue de démarches administratives pour une prise en charge ou accord de principe.

Avec mes remerciements, veuillez croire, Cher Confrère, à mes considérations les meilleures.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Réponse à Roelens
Mots clés :
L'acte sera fait

TRAITEMENT PROPOSE :

Par effet de ...
(Réactionné),

DUREE PREVISIBLE DU TRAITEMENT :

.....

Observations : Des modifications du traitement pourraient survenir en fonction des évaluations et de l'évolution de la maladie.

Casablanca, le 4/4/2023

Cachet et Signature du Médecin

FICHE TYPE DE DEMANDE D'INTERVENTION

Nom et prénom du patient :

Date de naissance : / /

CHANOUR LAHCEN

N° de la pièce d'identité* :

N° de téléphone :

Type d'hospitalisation : Conventionnelle

Ambulatoire

Service d'hospitalisation prévu :

Nom du chirurgien :

Alimayet +
coloproctologie

Nature d'intervention :

Durée estimée de l'intervention :

Matériel spécifique :

Date de la demande : ___ / ___ / ___

Date d'hospitalisation (si non ambulatoire) : ___ / ___ / ___

Date d'intervention : ___ / ___ / ___

Date de sortie : ___ / ___ / ___

Antécédents (Médico-chirurgicaux) :

Renseignements complémentaires :

*Si patient mineur ou sous tutelle, renseigner le numéro de la pièce d'identité du parent ou du tuteur selon l'instruction en vigueur