

156119

Annulation
de PEC.

ML:1729



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

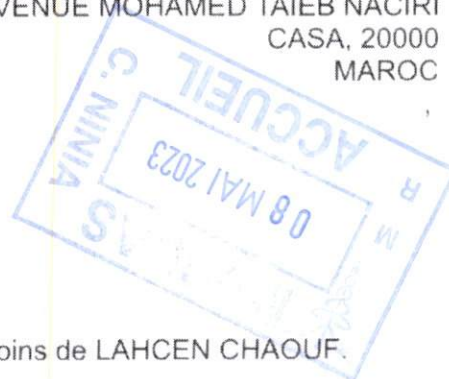
156119

Je vous remercie d'avoir accepté cette
PEC, j'ai fait à la place une
endoscopie ^{mon} ~~mon~~ contuse
900,00 DHS au lieu de 2.640,00 DHS

L. Chaouf
05/05/2023

Le 5 avril 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.



**Hôpital
Cheikh Khalifa Ibn Zaid**
SOINS FORMATION RECHERCHE

Cachet et Signature du Médecin



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

FICHE TYPE DE DEMANDE D'INTERVENTION

Nom et prénom du patient :

Date de naissance : / /

N° de la pièce d'identité* :

N° de téléphone :

Type d'hospitalisation : Conventionnelle ☐

Ambulatoire ☒

Service d'hospitalisation prévu :

Nom du chirurgien :

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

Fiche type de demande d'intervention