

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## 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.

## 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

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.

**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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0769 Société : 37684

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : NASSI RAHAL

Date de naissance : 01 - 01 - 1948

Adresse : ouLFA Gpe "N" RUE133 NO 47 CASA

Tél. : 06.621.79.06.07 Total des frais engagés : 300dh + 862,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 4/6/2020

Nom et prénom du malade : Dr Nassi Rahal Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Thrombocythémie 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 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 : 04/06/2020 CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/06/2020

## RELEVE DES FRAIS ET DES NOBAIBES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le paiement des Actes
04/06/20	CS		5000R	 Pr Saïd CHEIKH KHALLOFFI Hématologue Clinique

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE DE LA WILAYA</b>  <b>ZEKRI Abdellatif</b>  <b>Docteur en Pharmacie</b>  <b>222, Bd. Oued Mokouya - B1 Oulfa</b>  <b>Tunis - Tel: 22 90 51 13</b></p>	04/06/20	862.30

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000		Coefficient des travaux
	D 00000000 35533411	B 00000000 11433553		Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



valable 3 mois

Mme 0769

Le 4/6/2020

## DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

NASSI Nahla

Présente

Thiabog, pneumie essentielle

Nécessitant un traitement d'une durée de :

2 mois à l'hôpital  
Cure AMC  
TROIS MOIS.

Dont ci-joint ordonnance : du 4-6-2020

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : [reclamation@mupras.com](mailto:reclamation@mupras.com) // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABDELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca





Hôpital Cheikh Khalifa ibn Zaid  
Casablanca 10  
Pr Said BENCHERKOUN  
Hématologie Clinique

وصفة طبية  
Ordonnance

PHARMACIE DE LA WILAYA  
ZEKRI Abbélati  
Docteur en Pharmacie  
227, Bd Oued Mchouya - 30000 Casablanca - Tel: 06 22 90 51 72

4.6.20.

Mr = Nassi Radia

69.50 x 6

1 - Cewe AML 500 mg/

1's

68.00 x 3  
2 - flutax. 1.5

1's

1 g/

43.20 x 3

3 - Zyloric 300 mg/

1's

21.80 x 5  
4 - Apifit 100 mg/

1's

PPV: 69 DH 50

43,20

13,20

13,20

68,90

68,90

68,90

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V:21DH80  
PER:06 2021  
LOT:19E05  
6 118000 061113

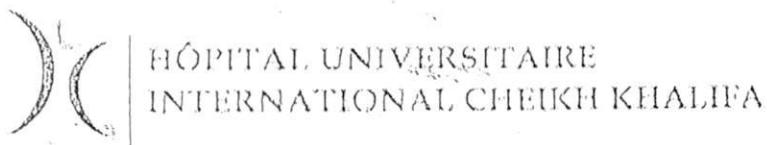
ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V:21DH80  
PER:06 2021  
LOT:19E05  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V:21DH80  
PER:01 2021  
LOT:19E02  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V:21DH80  
PER:03 2021  
LOT:19E03  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
P.P.V:21DH80  
PER:03 2021  
LOT:19E03  
6 118000 061113

M6 0769



## Compte Rendu

Casablanca : 4.6.0

Je soussigné

certifie que Mr/Mme

NASSIR RABIL

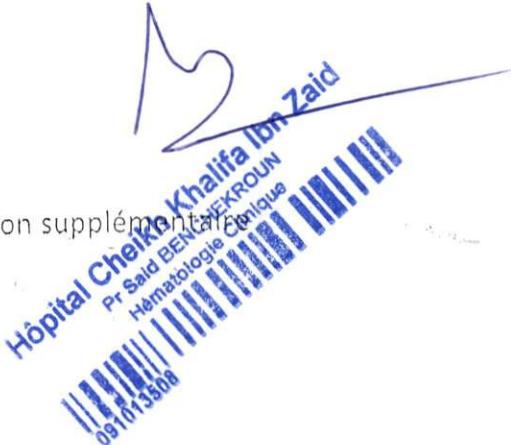
Est suivi dans notre enceinte « Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa de Casablanca » dans le cadre de la prise en charge d'un

Thrombose veineuse profonde

La patiente auras besoin d'une prise en charge pour

trois mois.

Je reste à votre disposition pour toute information supplémentaire.



14.6.2018.

à g. Hyder le 26.4.2018 jusqu'en 31.5.2018

$P_g = 111$  31.5.2018.  $P_g = \underline{956000}$ .  
urine 36.  $Hb = 11.8$ .

Cliu ANC.

2cp/T.

$G_m = 6320$ . PNN 672.

Throff. de l'érection  
via AGRA.

12.11.2018

B EG.

pg de SPM.

ANs. en juv. 2019.

12.11.18.

$P_g = 663000$ .

$Hb = 11$ .

$G_m = 4980$ .

PNN. 742

21.1.2019.

Cataracte  $\rightarrow$   $\downarrow$  de

$\downarrow$   
Dor de jambes  
opacité

$\downarrow$  l'acide  
végétal.

PSA = 2.21.

AC. unique.

59.

HGSU = Cee ANC.

2cp/T.

$Hb = 11.4$ .  $G_m = 3750$ .  
PNN 66.9%.  $P_g = 536000$

le 14.1.2019.  $Hb = 11.4$ .  $G_m = 3750$ . PNN 66.9%.

$P_g = 536000$

Cee ANC 2cp/T

~~0663133129~~. Plante x.  
Dor jambes.

Mk 0769

Date : 04/06/2022

**Quittance - Paiement espèces**

0479650

IPP : .....

N° D'admission : 22212971 Montant : 300 DHS

Patient : MASSI BRAHAL

Cachet

