

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Medecine 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.

Education :

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 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.

Déclaration de 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

Déclaration de Maladie : N° P19- 0007300

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0769

Société :

40818

Actif

Pensionné(e)

Autre :

NASSI RAHM Date de naissance : 01.01.1949

Adresse : Oulfa Cpt N°11 RUE133 N°47

CASA

Tél. : 06-62-73-06-07 Total des frais engagés : 1279 - 30 + 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10.9.2020

Nom et prénom du malade : NASSI RAHM Age : 01/01/49

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Thromboembolie pulmonaire

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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10.10.2020

RELEVE 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
10.9.20	S		3000 Dhs	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ARMACIE DE L'ESPRESSO ZENKI Abdellatif Docteur en Pharmacie 22, Bd Zoued Moulay-El Ouleyha Casablanca-Tel: 0522 90 51 13 ICE: 001573273000063	10/09/20	12 € 9.30
	1.	

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
		A M	P C	I M	I V	

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 de l'hospitalisation.

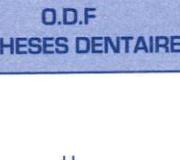
O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552

00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

Création, remont, adjonction)

O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																							
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th><th></th><th>G</th><th></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td><td></td><td>21433552</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>D</td><td></td><td>G</td><td></td></tr> <tr> <td>00000000</td><td></td><td>00000000</td><td></td></tr> <tr> <td>35533411</td><td></td><td>11433553</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>B</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				H		G		25533412		21433552		00000000		00000000						D		G		00000000		00000000		35533411		11433553						B			
H		G																																							
25533412		21433552																																							
00000000		00000000																																							
D		G																																							
00000000		00000000																																							
35533411		11433553																																							
B																																									
		<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																																							

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DE TRAVAIL

MONTANTS DES COINGS

DATE DU
2012

Le 10 / 9 / 2020.

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

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

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : N AS Si Rachid

Présente Thrombocythémie essentielle

Nécessitant un traitement d'une durée de : T 2017

Cette ANC 50, 400 mg/, Quatre cp/5.
Zyloxe 300 mg/, 100 flacons/111

Dont ci-joint ordonnance : 500

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : 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
Pr Said BENACHEKROUN
Hématologie Clinique
091013508

وصفة طبية Ordonnance

Casablanca, le

Ord
Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Pr Said BENSAÏD KROUËD
Hématologie Clinique
Casablanca, le :
11/01/2011

Mo. 9. 20.

Q: Nassi Radial.
A: SWILAYA

69.50 x 12

1. Cere AML

4 CP /

S.V

PHARMACIE DE LA WILAYA
ZERKA Belatia
Docteur en Pharmacie
222, Bd Oued Moulouy - El Oulefa
Casablanca Tél: 0522 90 51 13
ICE: 011573273000063

21.80 x 5

2. Angkor 100

15. / 5

S.V.

13.20 x 3

3. Zylout 300

SV

68.90 \times 3 Ris nos.

4. Fluoride 15%

1cp/j
2min

A circular stamp containing a handwritten signature. The signature consists of the letters 'N.' on top and 'HOPPE' on the bottom, all written in blue ink.

250

Adresse : Boulevard Mohamed Taieb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca • Maroc
Tél : +212 529 004 466 • **Fax :** +212 529 038 858 • www.bck.ma

Adresse : Boulevard M
T: 12 49.30

PPV 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

LOT : 20E007
PER.:09 2021



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

LOT : 20E006
PER.:06 2021



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

LOT : 20E007
PER.:09 2021



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

LOT : 20E006
PER.:06 2021



68,90

68,90

68,90

43,20

43,20

43,20

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 87 560 / 2020 du 10/09/2020

Nom patient : **NASSI RAHAL**

Entrée 10/09/2020

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie 10/09/2020

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
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



Date : 10/12/16

Quittance - Paiement espèces **0508244**

IPP :

N° D'admission : 8442471 Montant : 300 DH

Patient : NASSA B AIT M

Cachet