

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.

Pathologie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0769

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Nassu Rahal

Date de naissance :

01.01.1949

Adresse : Rue 133 N° 47 Gpe "N" eASA

Tél. 06.62.79.47 Total des frais engagés : 7921,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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 :

Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

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
26.11.2023			300,00	Hôpital Sainte-Justine Pr. Said BACHIR Hémato-oncologie Signature :  Date : 2023-11-26

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 ZEKRI Abdellah Docteur en Pharmacie 224 Bd Ouled Moulaya EL Ouardia Casablanca Tel: 0522 90 51 13 05229122000000	10/10/2020	792.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
I	

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

24.11.20.

Casablanca le

M² NASSI Rabah

69.50 x 5

1. Cis ANL

15

Très bon

2cp/j

15

21.80 x 5

2. Aqjz 100

15/j

Très bon

43.20 x 3

3. Zyloric 300

15

Très bon

68.80 x 3

1cp/j

15

Très bon

7. 7.9.2.8

Flexidex 4.

1cp/j

15

Très bon

PER.:06/2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V :21DH80



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V :21DH80



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V :21DH80



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V :21DH80



ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V :21DH80



43,20

43,20

43,20

68,90

68,90

68,90

PPV: 69 DH 50

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° **115.676** / 2020 du **24/11/2020**

Nom patient : **NASSI RAHAL**

Entrée **24/11/2020**

Prise en charge : **PAYANTS**

Sortie **24/11/2020**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION HEMATOLOGIE	1,00	CS	300,00	300,00
Total Frais Clinique			Sous-Total	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



*Hôpital International Cheikh Khalifa
Casablanca Cancer Center
N°INP 090061862*

valable 3 mois

Le 24/11/2026

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(Adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. : N Assi Rachel

Présente T monocyte, Kline éosinophile + Sd anémique

Nécessitant un traitement d'une durée de : TB03 2025

- Cetec ANL

- Anfaz 100

- Zytarel 300

- Fluadex 1cp/11

Dont ci-joint ordonnance :

(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 Saïd Ibn Zaid
Casablanca Cancer Center

*Hôpital Universitaire International Casablanca
N° INP : 0008103*

Date : 21/11/2020

Quittance - Paiement espèces

0524907

IPP :

N° D'admission : Montant :

Patient : NASSI Brahal *HÔPITAL CHEIKH KHALIFA*
Admission Facturation

Cachet