

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.

Diagnostique 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.

Rééducation :

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 canaux, 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 canaux.

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- 050688

ND: 51183

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0769 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Nassi Rahal

Date de naissance : 01.01.1949

Adresse : Rue 133 No 47 G/ce "N" e.s.a

Tél. : 06-62-79-07-07 Total des frais engagés : 792,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14 DEC 2020

Nom et prénom du malade : Nassi Rahal Age :

Lien de parenté : Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Thrombopénie évanescente

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) :

RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 24.11.20 | | | 30000 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------|
| PHARMACIE WILAYA EL ANASSER Dr ZEKRI Abdelhak 220-224 Bd Oued Bouhouya El Ouhia Casablanca - Tél: 0322 90 51 13 ICE: 00229122000000 | 10/12/20 | 992.80 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

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 |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 00000000 35533411 G </div> </div> B (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le

24.11.20.

M^r NASSI Rahal

69.50 x 5

1. Cisé ANL

2cp/j

Trois fois

21.80 x 5

2. Avez 100

1s./j

Trois fois

43.20 x 3

3. Zyloric 300

1cp/j

Trois fois

68.50 x 3

4. Flexidol

1cp/j

(Trois fois)

LOT : 20E006
PER.:06 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 20E007
PER.:09 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 20E007
PER.:09 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 20E008
PER.:10 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



LOT : 19E003
PER.:03 2021

ASPEGIC 100MG
SACHETS B20

P.P.V : 21DH80



43,20

43,20

43,20

68,90

68,90

68,90

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

PPV: 69 DH 50

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 |
|-----------------------------|--------|------------|---------------|---------------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| CONSULTATION HEMATOLOGIE | 1,00 | CS | 300,00 | 300,00 |
| | | | Sous-Total | 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 |

*Hôpital International Cheikh Khalifa
Casablanca
N° INP 090061862*

☒ **valable 3 mois**

Le 24/11/2020

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

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

Je soussigné :

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

Présente T. Monoboc, Kénie essentielle + Sd anémique

Nécessitant un traitement d'une durée de : Trois mois

- Cene ANL

- Apyre 100

- Zylone 300

- Fludex 1cp/11-12

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Hôpital Cheikh Mohammed VI
Salut Bénachou
09 10 15 800

Hôpital Universitaire International Cheikh Mohammed VI
Casablanca Cancer Center
N° INP : 103061/12



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
SOINS FORMATION RECHERCHE

Date : 21 / 11 / 2020

Quittance - Paiement espèces

0524907

IPP :

N° D'admission : Montant :

Patient : Nassi Bahal

Cachet

HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
Admission Facturation