

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.

Radiologie 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La 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.n.mupras.com



Déclaration de Maladie
N° P19-0029926

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4623 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAOVS LHOUSINE
Date de naissance : 5/12/1946
Adresse : Villa N°36 lot OCEAN JAR BOUAZZA
CASABLANCA
Tél. : 0670116851 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/05/2023
Nom et prénom du malade : SAOVS LHOUSINE Age : 76
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
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 : 11/05/2023 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
11/05/23	CS		6	Dr. FAHD CHAABANE Médecin Cardiologue Tél: 05 22 05 40 40 / 05 22 05 40 41 Hôpital Privé International de Casablanca
11/05/23	ECHO CARDIO		1300.000	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

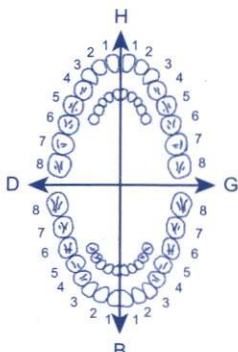
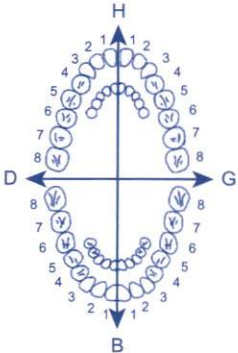
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

HPIC

Groupe CIM Santé - Casablanca

Casablanca, le :

11/05/23

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL

DE CASABLANCA

DU GROUPE CIM HOLDING

ANGLE BD BIR ANZARANE ET
ABOU ISHAK SHIRAZI ET RUE
BEN JILALI, QUARTIER MAARIF
CASABLANCA.

TÉL : 05 22 05 40 40

FAX : 05 22 05 40 41

ICE : 002924279000042

Dr. FAHD CHAARA

ANESTHÉSIE-REANIMATION

CARDIOLOGIE GÉNÉRALE
ET INTERVENTIONNELLE

CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE

RHUMATOLOGIE

CHIRURGIE THORACIQUE

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

& TRAUMATOLOGIQUE

ADULTE ET PÉDIATRIQUE

NEUROLOGIE

NEURO-CHIRURGIE

CHIRURGIE

MAXILLO-CERVICO-FACIALE

CHIRURGIE PLASTIQUE

& ESTHÉTIQUE

CHIRURGIE UROLOGIQUE

NEPHROLOGIE

CHIRURGIE VISCÉRALE

CHIRURGIE PÉDIATRIQUE

CHIRURGIE OPHTHALMOLOGIQUE

DERMATOLOGIE

ENDOCRINOLOGIE

HÉMATOLOGIE

HÉPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

GYNECOLOGIE OBSTÉTRIQUE

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

ONCOLOGIE

PÉDIATRIE & REANIMATION

NEONATALE

PNEUMOLOGIE

RADIOLOGIE

SERVICE RADIOLOGIE

.....

SERVICE CONSULTATIONS

.....

SERVICE PRISE EN CHARGE

.....

SERVICE FACTURATION

.....

Dr. FAHD CHAARA

Dr. FAHD CHAARA
Médecin Cardiologue
Tél: 05 22 05 40 40 / 05 22 05 40 41
Hôpital Privé International de
Casablanca

CONTACT.HPIC@CIMSANTE.COM



المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء

HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

Groupe CIM Santé · Casabalanca

HPIC

CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

مصلحة متعددة الاختصاصات

Casablanca, le :

Le 11.05.2023

NOM/PRENOM: SAOUS LHOUSSINE

COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

Patient de 77 ans, Diabétique, HTA

- VG non dilaté, non hypertrophié, légère hypokinésie de la paroi AL et Ant à l'étage B, FE=58 %
- Pressions de remplissage VG non élevées
- Oreillette gauche non dilatée à 15 cm², libre d'écho
- Oreillette droite non dilatée, libre d'écho
- Pas de valvulopathie mitro-aortique significatives
- VD non dilaté, de bonne fonction systolique longitudinale
- Pas d'IT exploitable, pas de signes indirects d'HTP
- VCI non dilatée compliant
- Pas d'épanchement péricardique.

⇒ Compléter par une coronarographie

Dr. FAHD CHAARA
Médecin Cardiologue
Tél: 05 22 05 40 40 / 05 22 05 40 41
Hôpital Privé International de
Casablanca

Hôpital Privé International de Casablanca du groupe CIM HOLDING

ANGLE BD BIR ANZARANE ET ABOU ISHAK SHIRAZI ET RUE BEN JILALI, QUARTIER MAARIF - CASABLANCA
Tél : 05 22 05 40 40 - Fax : 05 22 05 40 41 - Email : contact.hp@cimsante.com - ICE: 002924279000042



المستشفى الخاص الدولي للدار البيضاء
HÔPITAL PRIVÉ INTERNATIONAL DE CASABLANCA

HPIC

FACTURE

N° : 23009868 Du : 11/05/2023

Patient : LAHOSSINE SOUS

Prise en charge : PAYANT(MUPRAS (RAM))

Admission : 11/05/2023

N° Dossier : 23009245

Sortie : 11/05/2023

Désignations des prestations	Nombre	Lettre clé	Prix unitaire	Prix total
ECHO COEUR	1		800.00	800.00
			Sous-Total	800.00
Total clinique				800.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total brut :	800.00
Huit cents dirhams		Remise :	0.00
		Total net :	800.00
Matricule :	Adhérent :	Part organisme :	0.00
Affiliation :	N° prise en charge :	Part patient :	800.00
CIN : A17828	Code clinique :		
ICE :			

Service Consultation Cardiologie
Tél: 05 22 05 40 40 / 05 22 05 40 41
Hôpital Privé International de
Casablanca