

## 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.
  - les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 l'assuré.

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 radiographie est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALG

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
  - Prise en charge : pec@mupras.com
  - 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.



## Déclaration de Maladie

M23- № 0030498

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>07854</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>KHASSA BRAHIM</u>			
Date de naissance :	<u>20/11/1969</u>	<u>196690</u>	
Adresse :	<u>RUE 3 N° 320 AL AZHAR AHL LOUGHAM CASA</u>		
Tél. : <u>0673715369</u>	Total des frais engagés :		Dhs

<p>Cadre réservé au Médecin</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 40px;"></div> <p>Cachet du médecin :</p> <p>Date de consultation : <u>25/02/2024</u></p> <p>Nom et prénom du malade : <u>ANASS</u></p> <p>Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint</p> <p>Nature de la maladie : <u>bronchite</u></p> <p>Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> ALC Pathologie : _____</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances : _____</p> <p>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.</p>	 <p>Age: <u>9</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Enfant</p> <p>IN SEBAAN IN PINE DE CASABLANCA IN PINE DE CASABLANCA IN PINE DE CASABLANCA IN PINE DE CASABLANCA</p>
---	---

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 : ASFA

Signature de l'adhérent[e] : 

Le : 23 / 02 / 2014

### 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
25/02/2014	C/S	300 DT	300 DT	DR ELIADIS SIHAM Spécialiste Réanimation

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
SOCIETE PHARMACEUTIQUE BLANCA	25/02/2014	232 80

### ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

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	

### 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'ODF.

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 35533411	G 21433552 00000000 11433553	B	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



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa  
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

Casablanca, le 25/4/2024

$$P = 22 \text{ Ry}$$

$$A_{gr} = 8 \text{ cm}^2$$

24,60

29,90

1) Augmenti Tonique

15,80

18 x 31 g pochette



2) Dolipen Tonique

22,80

18 x 31 g pochette



3) Brefan sirop

40,00

18 x 31 g



4) cotipen tonique



279, Bd. Chefchaouni Ain Sebaa - Casablanca

Tél. : 05 22 66 00 00 - Fax : 05 22 35 66 44

E-mail : direction@hpc.ma

Site web : www.hpc.ma

24/4/2024 et note 14/4/2024

DR ELIADID SIHAM  
Anesthésie et réanimation

contre indications, excipients à effet  
notoire : voir notice.

PPV : 74,60 DH  
LOT : 652731  
PER : 05/25

PPV:40DH00  
PER:12/26  
LOT:M4154

PPV: 79,90 DH  
LOT: 652730  
PER: 05/25



15,80

PPV: 150 DH 80  
PER: 11/26  
LOT: M4812



PPV: 150 DH 80  
Lot N°:  
UT.AV:

**BRUFEN®**  
Suspension  
pédiatrique  
100 mg/5 ml  
Ibuprofène

⇒ 22,50

# HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 25-02-2024

page 1/1

## Facture N° 06744/24

### A. Identification

N° Dossier : HPC24B25084848

N° Identifiant : 127360/24

**Nom & Prénom : Enf. KHADDA ANASS**

C.I.N :

Adresse : CASA

### C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 25-02-2024

Date Sortie : 25-02-2024

### B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitemen t: Urgence

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
Total Rubrique :						
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						
Arrêté la présente facture à la somme de :						<b>TOTAL GENERAL</b>
						<b>300,00</b>

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT MUPRAS) de :

ZERO DIRHAMS

signature de l'assuré

SERVICE RECAISONNEMENT  
OPTAL PRIVE DE CASABLANCA  
AIN SEBAA  
INPE : 090063272  
279, Bd Cheïchaoui Aïn Sebaa