

# 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 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 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.

**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

M23- N° 0030498

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07854 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KHADDA BRAHIM 1969  
Date de naissance : 20/11/1969  
Adresse : RUE 3 N° 320 ALAZHAR AHL LOUGHAM  
CASA  
Tél. : 0673719369 Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/02/2024  
Nom et prénom du malade : ANASS 9  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : Longue durée  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
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 Le : 25/02/24  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



# 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
25/02/2024	CHS	1	3000	DR. ELIAB SIHAM Service Réanimation

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

25/02/24

232 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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

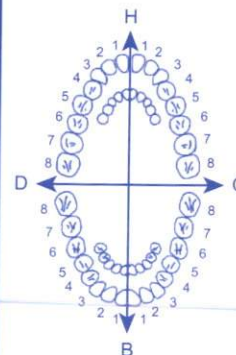
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

# 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

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
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



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa  
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

Casablanca, le 27/04/2022

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

$$A_g = 8 \text{ cm}$$

L'enfant Rhodol - Anore

24.60

29.90

1) Aspiranti Soory

15.80

15 x 31; pld 7;

2) Dolipar Soory

22.10

1 up 231; pld 13;

3) Brufen Sirop

40.00

160's 231;

4) Cotipred Soory

279, Bd. Chefchaouni Ain Sebaa - Casablanca

Tél. : 05 22 65 00 00 Fax : 05 22 35 66 44

E-mail : direction@hpc.ma

Site web : www.hpc.ma

232.80

DR ELIADID SIHAM

contre indications, excipients a effet  
notoire : voir notice.

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



PPV : 40DH00  
PER : 12/26  
LOT : M4134

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



15,80

PPV 150 DH 80  
PER 11/26  
LOT M 8 12



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

Lot N° :  
UT, AV :

→ 22,10



HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 25-02-2024

Facture N° 06744/24

A. Identification

N° Dossier : HPC24B25084848 N° Identifiant : 127360/24  
Nom & Prénom : Enf. KHADDA ANASS  
C.I.N :  
Adresse : CASA

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même  
Nom prénom :

C. Débiteur

page 1/1

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

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement : Urgence

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
PRESTATIONS						
1	CONSULTATION		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE CLINIQUE :						300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
TOTAL GENERAL						300,00

Arrêté la présente facture à la somme de :

signature de l'assuré

TROIS CENTS DIRHAMS  
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT MUPRAS) de :  
ZERO DIRHAMS

SERVICE RECEPTION  
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA  
AIN SEBAA  
INPE : 090063272  
279, Bd Chefchaouni Ain Sebba