

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



**Déclaration de Maladie**

N° M21- 070525

95851

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 10068 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : HSAÏN JAMAL

Date de naissance : 14/11/1955

Adresse : HAY EL ANASSER 3 BORD BOUJDI

Tél : 0622381500 Total des frais engagés : caf Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Anesthésie Réanimation

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) : /



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

**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.

**Biologie 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**

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

### 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
14-12-21	C.P.A		300 Dh	

### 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

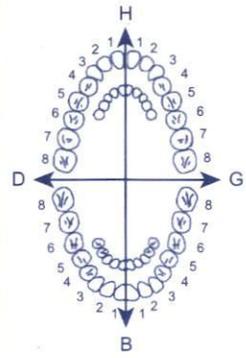
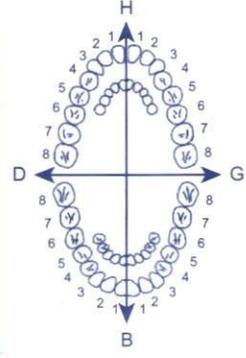
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de

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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sbaa  
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

Casablanca, le.....

13/12/2022

C.P.A.

Mr H SAÏM JAMAL

Dié: Mehemme Malin de Pindex  
Ca.  
avec Neta gg axillera Ca.  
associé à un sledge végétal  
Actes précis cholecystectomie  
+ cure gg axillaire  
gardi

Dr. MEHDI Abderrahmane  
CHIRURGE GÉNÉRAL  
INSTRUMENTAIRE  
N° 1047423  
CSM : 06.61.24.98.22

# HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 14-12-2021

**Facture N° 27194/21**

**A. Identification**

N° Dossier : HPC21L14083431 N° Identifiant : 054937  
**Nom & Prénom : M. HSAIN JAMAL**  
 C.I.N : w41695  
 Adresse : sidi bernoussi

**C. Débiteur**

page 1/1

Organisme : **Payant**

ICE : Adresse :

**D. Période d'Hospitalisation**

Date Entrée : 14-12-2021  
 Date Sortie : 14-12-2021

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement :

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>PRESTATIONS</b>						
1	CPA+ECG		300,00			300,00
Total Rubrique :						<b>300,00</b>
<b>PARTIE CLINIQUE :</b>						<b>300,00</b>
<b>PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :</b>						0,00
<b>Arrêté la présente facture à la somme de :</b>						<b>TOTAL GENERAL 300,00</b>

TROIS CENTS DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

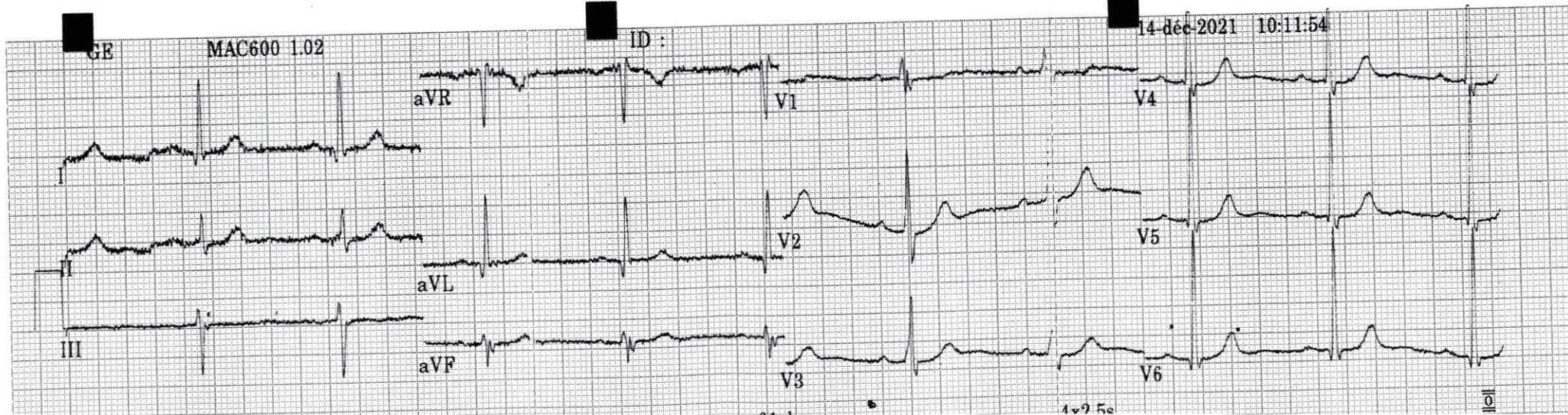


GE

MAC600 1.02

ID :

14 dec 2021 10:11:54



1v9 5c

11

ID :

H SAÏN JAMAL

Rythme sinusal normal  
Les grandes amplitudes des QRS sont soit normales, soit dues à une HVC  
ECG limite

Fréq. ventr.	61 bpm
Durée QRS	90 ms
QT/QTc	398/400 ms
Intervalle PR	182 ms
Durée P	68 ms
Intervalle RR	983 ms
Axes P-R-T	41 -11 23

**HOPITAL PRIVE  
CASABLANCA AIN  
SEBAA**

**NOM DU PATIENT : M. HSAIN  
JAMAL  
DATE DE NAISSANCE :  
17/08/1961  
HPC21L14083431**



**Reçu N°: 82409**

**Paiement du 14/12/2021 08h36**

**Actes**

**Montant**

**300,00 Dh**

**Type de paiement**

**Espèce**