

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.

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.

Prothèse 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° M21- 070525

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10068 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : H. SAÏN J. AMAL
Date de naissance : 14/11/1955 12/3 Bernoulli
Adresse :
Tél. : 0622 381500 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Abderrahim RCHI
Anesthésiste Réanimateur
INPE : 0911 87682


Date de consultation :
Nom et prénom du malade :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Consultation Réanesthésique
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

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

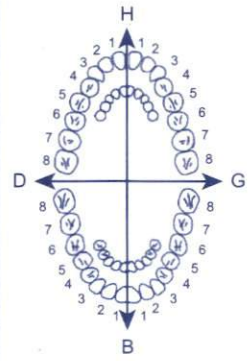
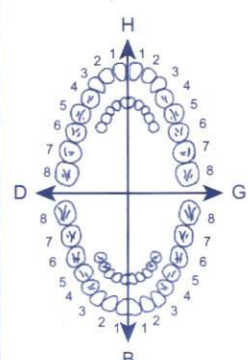
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 35533411</p> </div> <div> <p>H</p> <p>21433552 00000000</p> <p>G</p> <p>00000000 11433553</p> </div> </div> <p>B</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>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.

Dr H SAÏN JAMAL

Dic: Nodule Malin de Pider
à Neta gg axillaires Ca.
associé à un stérge végétal
Actes prévus : cholecystectomie
+ cure gg axillaires
gardi

Dr. MEHDI Abderrahmane

CHIRURGE GÉNÉRAL

INSEE: 104/422

CSM: 06.61.24.98.22

279, Bd. Chefchaouni Ain Sbaa - Casablanca

Tél. : 05 22 68 00 00 - Fax : 05 22 35 66 44

E-mail : direction@hpc.ma

Site web : www.hpc.ma

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
PRESTATIONS						
1	CPA+ECG		300,00			300,00
Total Rubrique :						300,00
PARTIE CLINIQUE :						300,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						TOTAL GENERAL 300,00

TROIS CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

979. Bd. Bd. Chefchaouni Ain Sebaa - Casablanca
INPE : 090063272
AIN SEBAA
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA
SERVICE RECEPTION ET ADMISSION

GE

MAC600 1.02

ID :

14 dec 2021 10:11:54

aVR

V1

V4

aVL

V2

V5

III

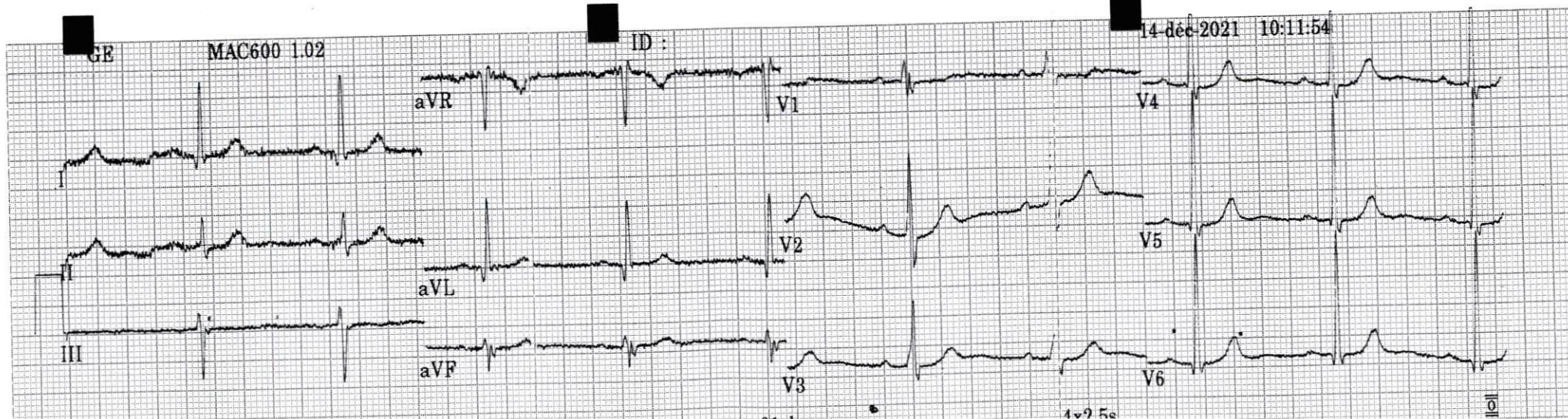
aVF

V3

V6

1v9 5e

0



ID :

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

Rythme sinusal normal

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

H SAÏN JAMAL

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

**Imprimé par : BOURICH EL MAHDI Le
14/12/2021 08h36**