

# 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

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

N° W21-767425

148674

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19596

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ZERRARI ELMENDJI

Date de naissance :

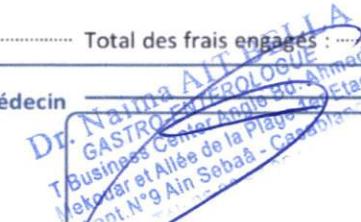
Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



30/11/2022

Benzine Amina

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Maladie gastro-intestinale

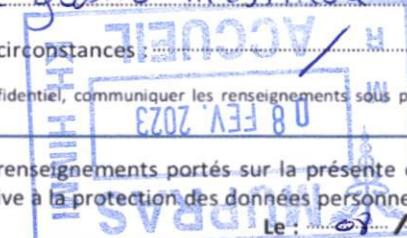
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 faire à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Z



Le : 08/02/2023

## **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
30-11-26	Vaccin	165000	INP : 0900638298	
03/02/23	Contrôle	10000		

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

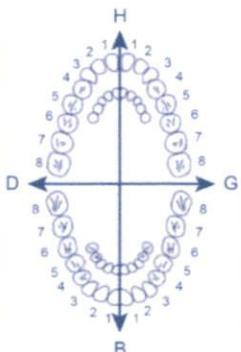
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

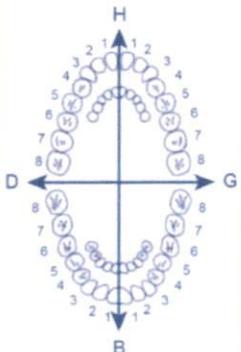
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

#### **VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES



## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC**

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

Casablanca, le 30/11/22

M ~ Benzidine Amine

↳ Rectosigmoidoscopie

Dr. Naima AIT BELLA  
GASTROENTEROLOGUE  
1 Business Center Angle Bd. Ahmed  
Mahrouer et Allée du Soleil - Casablanca  
App. N°9 Aïn Sebaâ - Casablanca  
Tél. : 05 22 68 00 00 - Fax : 05 22 35 66 44  
E-mail : direction@hpc.ma - Site web : www.hpc.ma



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa  
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

## COMPTE-RENDU DE LA RECTOSIGMOIDOSCOPIE

NOM ET PRENOM : BENZZINE AMINA

DATE : 30/11/2022

ENDOSCOPISTE : DR AIT BELLA NAIMA

MEDECIN ANESTHESISTE : DR RSHI

Progression faite jusqu'à 60 cm de la marge anale sur une muqueuse de préparation médiocre.

La muqueuse rectale explorée de la marge anale jusqu'à 8 cm de la MA est érythémateuse fragile, siège d'ulcération superficielles en carte géographique. (Biopsies)

Cet aspect inflammatoire évolue d'un seul tenant, sans intervalles de muqueuse saine, et sans signes de gravité, notamment absence d'ulcérations creusantes ni de lésions en pont, ni de décollement muqueux.

Le reste de la muqueuse colique explorée est d'aspect normal, avec une visualisation de la trame vasculaire, dans la limite de la préparation.

On note par ailleurs, la présence d'hémorroïdes internes congestives.

### Conclusion :

Rectite ulcérée, évoquant une RCH en poussée modérée.

Absence de signe de gravité endoscopique.

# HÔPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 30-11-2022

page 1/1

## Facture N° 32435/22

### A. Identification

N° Dossier : HPC22K30104427 N° Identifiant : 087524/22

**Nom & Prénom : Mme BENZZINE AMINA**

C.I.N : BK358141

Adresse : RES BEVERLY HOUSE IMM H NR 17 EL MANSOURIA

### C. Débiteur

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 30-11-2022

Date Sortie : 30-11-2022

Traitements : RECTOSIGMOIDOSCOPIE

Médecin traitant : DR . AIT BELLA NAIMA

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
<b>INTERVENTION</b>						
1	RECTOSIGMOIDOSCOPIE		1 650,00			1 650,00
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>1 650,00</b>

MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS

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

signature de l'assuré

*SERVICE FACTURATION  
HÔPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBAA  
INPE : 090063272 / 0522680000  
279, Bd. Chefchaouen Ain Sebaa*

**HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA****BULLETIN D'ENTREE / SORTIE****N° DE DOSSIER** HPC22K30104427**NOM DU PATIENT** Mme BENZZINE AMINA**MÉDECIN TRAITANT** AIT BELLA NAIMA**PRISE EN CHARGE** PAYANT MUPRAS**DATE D'ENTREE** 30/11/2022**DATE DE SORTIE** 30/11/2022**MODE DE SORTIE** normal

SERVICE FACTURATION  
HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA  
INSEE : 220000000022  
279, Bd. Chafiq Boulli, Casablanca, Maroc