

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 18160	Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre : ABDELILAH
Nom & Prénom : ASSAD		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. : Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : Age:	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	
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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

.....

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
27/07/23	facture		1200,00	INPE : 090063272 HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBA 279, Bd. Cheikh Ben Aïn Sebaa

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

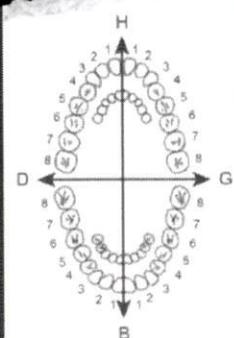
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

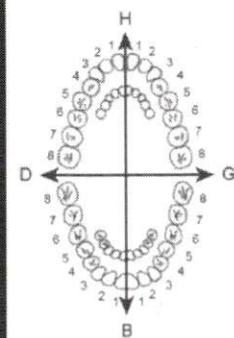
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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



AKDITAL

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa
المستشفى الخاص الدار البيضاء عين السبع

31/06

06/07/2013

Casablanca, le 07/07/2013

BB le 7me Agosto.

Pharmacie la Perle Bleue

68, Allée de la Plage Ain Sebaâ

Tél.: 05 22 67 33 68 - Casablanca

1) Tabex

164 - 31/07/13

2) Konokis

250/500ml / 25ml

3) Lorinex

caps + 2/(10)

4) Lofren 20mg

5) Si Soty 100mg

Dr. Abderrahmane Aissa
Pédiatre et Gynécologue
B. Al Hudaibiya 10000 Casablanca
et Dr. Abderrahmane Aissa
Casablanca Tél: 05 22 01 14 14

279, Bd. Chefchaouni Ain Sebaa - 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

Casablanca, le 07/01/2023

Date d'entrée	07/01/2023
Date de sortie	07/01/2023

COMPTE RENDU DE PHOTOTHERAPIE

BébéA.C.i....., admis (e) pour ictere néonatal intense avait nécessité une séance (s) de photothérapie intensive de 06 heures avec bonne évolution et sans incident.

Cachet et Signature :



279, Bd. Chefchaouni Ain Sebaa - 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 : 07-01-2023

Facture N° 00786/23

A. Identification

N° Dossier : HPC23A07131536

N° Identifiant : 090958/23

Nom & Prénom : bebe ALI ASSAD

C.I.N :

Adresse : BLOC FARID 99 NR 3 BERNOUSSI CASA

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 : 07-01-2023

Date Sortie : 07-01-2023

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . EQUIPE REA NEO NAT

Traitements : Photothérapie

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	PHOTOTHERAPIE		1 200,00			1 200,00
Total Rubrique : 1 200,00						
PARTIE CLINIQUE :						
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						
0,00						
Arrêté la présente facture à la somme de :						
TOTAL GENERAL 1 200,00						

MILLE DEUX CENTS DIRHAMS

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

signature de l'assuré

SERVICE FACTURATION
 HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBAA
 INPE : 090063272
 279, Bd. Chefchaouen Ain Sebaa

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER HPC23A07131536

NOM DU PATIENT bebe ALI ASSAD

MÉDECIN TRAITANT EQUIPE REA NEO NAT

PRISE EN CHARGE PAYANT MUPRAS

DATE D'ENTREE 07/01/2023

DATE DE SORTIE 08/01/2023

MODE DE SORTIE normal



HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA

PAIEMENT EFFECTUE PAR :
NOM DU PATIENT : bebe ALI
ASSAD
DATE DE NAISSANCE :
04/01/2023
HPC23A07131536



Reçu N°: 132942

Paiement du 07/01/2023 13h26

Montant	1 200,00 Dh
---------	-------------

Type de paiement	Espèce
------------------	--------