

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 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

- Reclamation : 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-784448

SN

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12160 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : ASSND NRBOGLIKAH

Nom & Prénom : ASSND NRBOGLIKAH

Date de naissance : 15/5/2000

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 : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ 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 : 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
27/01/23	facture		1200,00	<div> <div> SERIE 00632A2 </div> <div> HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBA </div> <div> INPE : 090063272 </div> </div>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

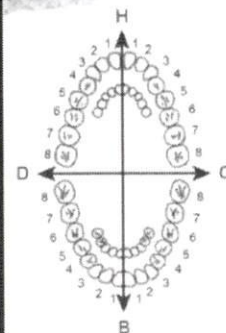
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

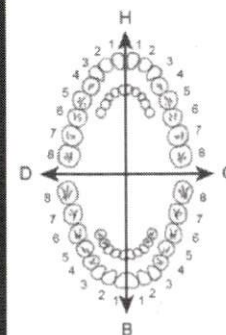
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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		
00000000	00000000		
D		G	
00000000	00000000		
35533411	11433553		
B			

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

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...

24/11/2013

BB le 7ème Ajour.

Pharmacie la Perle Bleue
68, Allée de la Plage Ain Sebaa
Tél.: 05 22 67 33 68 - Casablanca

1) Tobrex

2x4 - 31/10/13

2) Konokis 2g

2x1/1h au / 21/10/13

3) Konink spray

2x4 - 21/10/13

4) lo-pren 20 po

1/ si besoin 1/10/13

Dr. Abderrahmane
Pédiatre
et Directeur Médical - ANASSA
Casablanca - Tél: 05 22 01 14 14



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

Bébé ALI ADAD, admis (e) pour ictère
néonatal intense avait nécessité une séance (s) de
photothérapie intensive de 06 heures avec bonne évolution
et sans incident.

Cachet et Signature :

Dr. Abderrahmane TAZI
8, Avenue Hassan II - 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

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 : 07-01-2023

Date Sortie : 07-01-2023

Médecin traitant : DR . EQUIPE REA NEO NAT

Traitement : 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 :						1 200,00
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. Chefchaoui Ain Sebba

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

SERVICE FACTURATION
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA AIN SEBAA
INPE : 0900000272
279, Bd. Cherchoui Aïn Sebba

**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

Imprimé par : BENNAR YASSINE Le
07/01/2023 13h26