

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

- 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



Déclaration de Maladie

M23-0016464

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6795 Société : R.A.M. 176715
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL CETHAYA Abdelhak
Date de naissance : 01.01.1978
Adresse : Hay AL Qods Res El Fajj IMM H
N°5 Bensoussi Casa
Tél. : 06 61 73 6033 Total des frais engagés : 300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/09/2023

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : CL A

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) : Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

SERVICE RECEPTION ET ADMISSION
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA
AIN SEBA
INPE : 090063272
Rd Chef Chaoui Aïn Sebaa



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Montant détaillé des honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
20/09/2023	CPA	3009,00	Dr. RCH Abdelhakim Anesthésiste - Réanimateur Hôpital Pasteur de Casablanca INPE : 091187682

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

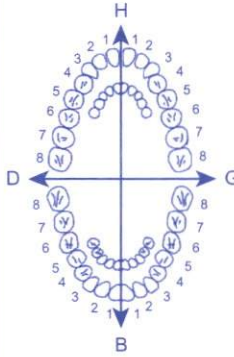
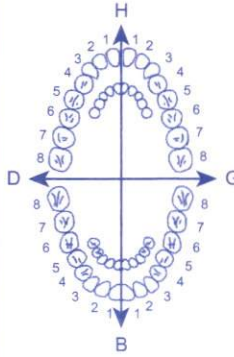
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA



090063272

CASABLANCA Le : 20-09-2023

Facture N° 29850/23				C. Débiteur page 1/1			
A. Identification N° Dossier : HPC23I20101000 N° Identifiant : 112408/23 Nom & Prénom : M. EL GOTTAYA ABDELLAH C.I.N : B453038 Adresse : HAY AL QODS RES EL FAJR IMM H AL MARJ NO 5 BERNOUSSI CASA				Organisme : Payant ICE : Adresse : D. Période d'Hospitalisation Date Entrée : 20-09-2023 Date Sortie : 20-09-2023			
Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR				Traitement :			
Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total	
PRESTATIONS							
1	CPA		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

SEVICE RECEPTION ET ADMISSION
HOPITAL PRIVE DE CASABLANCA
AIN SEBAA
INPE : 090063272
24 Chefchaoui Ain Sebâa

HOPITAL PRIVE CASABLANCA AIN SEBAA

**PAIEMENT EFFECTUE PAR : EL GOTTAYA
ABDELLAH**

**NOM DU PATIENT : M. EL GOTTAYA
ABDELLAH**

**DATE DE NAISSANCE : 01/01/1958
HPC23I20101000**



Reçu N°: 170314

Paiement du 20/09/2023 10h15

Actes

Montant

300,00 Dh

Type de paiement

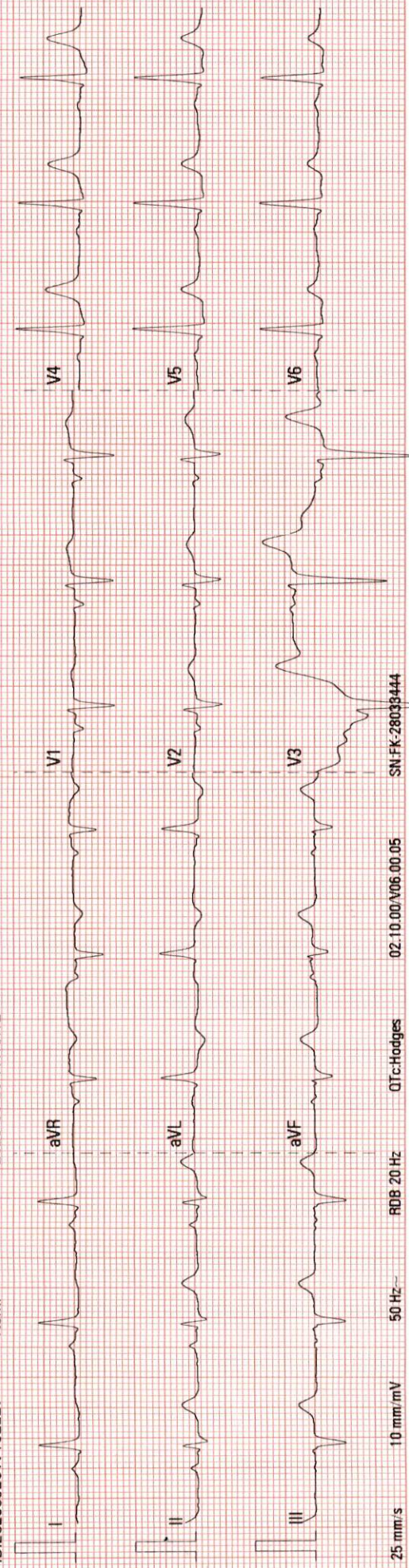
Espèce

ELGO TAYYA ABDELAH

ID:2023092017192227

2023-09-20 17:19:12

Nom:



ID:2023092017192227

Nom:

2023-09-20 17:19:12

Fréq. Ventricule (bpm) 73
Intervalle PR (ms) 144
Durée QRS (ms) 104
Interv. QT/QTc (ms) 410/433
Axes P/QRS/T (deg) 13/-26/95

--- Interprétation sans connaître le sexe/l'âge du patient ---

Rythme sinusal
Déviation axiale gauche
Anomalie du seg. ST antéro-latéral

ECG limite Diagnostic non confirmé.

25 mm/s

10 mm/mV

50 Hz

RDB 20 Hz

QTc:Hodges

02.10.00/V06.00.05

SN-FK-28038444