

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.

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° W21-771394

138170

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1291 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FADOUACH LAFA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0611 461461 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 NOV. 2022

Nom et prénom du malade : FADOUACH Latifa Age :

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

Nature de la maladie : * Asthme Allergique

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
12/11/99	CS		3000	Dr. AYF Imouh

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie AZENNAR Centre Commercial Casa Green Town Ville Verte	12/11/99	8580

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

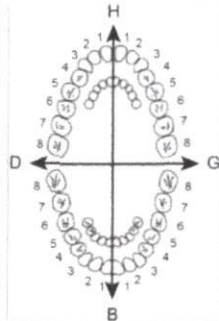
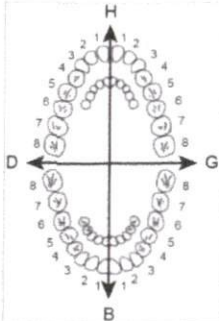
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PG	IM	IV	
CLINIQUE VILLE VERTE Casa Green Town Ville Verte Casablanca 06 37 57 57 57	12/11/99					275,89

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 l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

CLINIQUE VILLE VERTE

EL SAN
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° 6 819 / 2022 du 12/11/2022

Nom patient	FADOUACH LATIFA	Entrée 12/11/2022	Sortie 12/11/2022
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PERFUSION	1,00		200,00	200,00
			Sous-Total	200,00
PHARMACIE	1,00		75,29	75,29
			Sous-Total	75,29
Total Frais Clinique				275,29
PRESTATIONS EXTERNES				
DR. EQP REA (anesthésiste)	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total prestations externes				300,00

	Total général	575,29
Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENT SOIXANTE-QUINZE DIRHAMS VINGT-NEUF CENTIMES		

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			575,29		575,29	0,00

CLINIQUE VILLE VERTE
een Town, Villa Verte
- Casablanca
22 - 06:17 57 57 57

Date	Produit	N° BS :	QtéB	QtéU	Prix Vente	Montant	PS Fournisseur	
239760								
12/11/2022	CHLORURE DE SODIUM 0.90% POCHE	239760	1	0	13.10	13.10	URGENCE	C
12/11/2022	COMPRESSE STERILE TISSE 7.5X7.5 PC	239760	1	0	2.60	2.60	URGENCE	C
12/11/2022	GANT D'EXAMEN	239760	0	4	1.04	4.16	URGENCE	C
12/11/2022	INTRANULE G 20 ROSE	239760	1	0	2.65	2.65	URGENCE	C
12/11/2022	LUNETTE A OXYGENE ADULTE	239760	1	0	7.38	7.38	URGENCE	C
12/11/2022	PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	239760	1	0	7.80	7.80	URGENCE	C
12/11/2022	SERINGUE 10ML	239760	1	0	1.60	1.60	URGENCE	C
12/11/2022	SOLUMEDROL 120mg Injecta (01)	239760	1	0	36.00	36.00	URGENCE	C
	S/total Produit		7	4		75.29		
Total consommation						75,29		

CLINIQUE VILLE VERTE
 22 - 06 17 57 57 57
 - Casablanca
 22 - 06 17 57 57 57



CLINIQUE
VILLE VERTE

ELSAN

ORDONNANCE

Casablanca le

12/11/2022

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

FADOUACTI

Pot 1

45,80

1) Celestene

20,00 amp / j

et Histanorm

491

Total = 85,80

HISTANORM 10 mg		15 comprimés
PPV 40DH00	EXP 06/2023	LOT 16043 1

At 3j



611 800115 0083
CELESTENE 4mg / 1ml 3 Amp.inj.
P.P.V. : 45,80 DH
Distribué par MSD Maroc
B.P. 136 Bouskoura

CLINIQUE VILLE VERTE
Green Town, Villa Verte
Casablanca
Tél : +212 (0)5 22 51 23 23 (LG) - E-mail: contact@cvv.ma - www.cvv.ma
ICE : 001816946000014

DR. ATIF IMANE
Anesthésie-Réanimation

صيدلية المدينة
PHARMACIE GREENTOWN
Dr. Atif Azenhar
Centre Commercial
Green Town Ville Verte

CLINIQUE VILLE VERTE (CVV): Casa Green Town, Ville Verte Bouskoura 20180 - Casablanca

Tél.: +212 (0)5 22 51 23 23 (LG) - E-mail: contact@cvv.ma - www.cvv.ma

ICE : 001816946000014

Urgences 24h/24 : 06 67 57 57 57