

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ Réclamation                      | : 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'Horlog Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-771394

138130

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	7291	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom :		FADOUA CH	
Date de naissance :		20/01/1961	
Adresse :			
Tél. :	0661144461	Total des frais engagés :	Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin	
	Cachet du médecin	Dr. ATIF Imane
Date de consultation	22 NOV. 2022	Anesthésie-Réanimation
Norm et prénom du malade :	FADOUACH	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	Néati Allergie	
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) :

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

détailé horaires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
<i>DR. AIF Impr.</i> <i>Anesthésie-Réanimation</i>	INR : 1240891

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

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

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Participant	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		
en Town villa Casablanca 22-06-17575151	12/11/2020	Perfum Pilas			275,29	en Town villa Casablanca 22-06-17575151	

## **RELEVE 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	INP : <input type="text"/>										
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>										
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>										
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>										
	<p style="text-align: center;"><b>H</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">25533412 00000000</td> <td style="width: 50%;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>B G</b></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			25533412 00000000	21433552 00000000	D		00000000 00000000		35533411 11433553		<b>B G</b>		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
25533412 00000000	21433552 00000000													
D														
00000000 00000000														
35533411 11433553														
<b>B G</b>														
				<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>										
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>										

# CLINIQUE VILLE VERTE

ELS AN  
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	<b>FADOUACH LATIFA</b>	Entrée	Sortie
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>	12/11/2022	12/11/2022

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

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

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

**CLINIQUE VILLE VERTE**  
 etn Town, Villa Verde  
 Casablanca  
 22-06-17 57 57 57

## CLINIQUE VILLE VERTE

12-11-2022

## LISTE DES PRODUITS CONSUMMÉS PAR LE PATI

## FADOUACH LATIFA

200126144933ES-002

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
<b>S/total Produit</b>			<b>7</b>	<b>4</b>		<b>75.29</b>		
<b>Total consommation</b>							<b>75,29</b>	

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

ORDONNANCE

Casablanca le 12/11/2023

- Urgences 24h/24
- Médecine
- Chirurgie
- Réanimation
- Radiologie
- Cardiologie Interventionnelle
- Maternité
- Réanimation Néonatale
- Hémodialyse

FADOUACTI

45,80

1) celeste

40,00 Amp / j

et histanorm

Ag /

Total = 85,80

HISTANORM® 10 mg 15 comprimés

PPV 40DH00

EXP 06/2023  
LOT 16043 1



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

CVT  
Clinique Ville Verte

VILLE VERTE  
en Town Villa Verte  
Casablanca  
22 322 575 575

Dr ATIF Imane  
Anesthésie-Réanimation

صيدلية المدينة  
PHARMACIE GREENTOWN  
Dr. Maria AZENNAR  
Centre Commercial  
Casa 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