

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

- 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'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° W21-799357

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9418 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Non Khali

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse : 161087

Tél. : 0661062513 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Menni ines 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
07/05/23	CS		3000DH	
07/05/23	FACILITE			

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	
	07/05/23					200 DH
	07/05/23					100 DH
	07/05/23					100 DH
	07/05/23					100 DH
	07/05/23					100 DH
	07/05/23					100 DH
	07/05/23					100 DH
	07/05/23					100 DH
	07/05/23					100 DH

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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION														



CLINIQUE
VILLE VERTE

ELSAN

ORDONNANCE

Casablanca le, 08/05/2023

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

Dr. GUAPPI Othman
Anesthésiste - Réanimation
N°E: 0522512323
Pat.: 030310038

Mrs. Henni.

- patiente âgée de 44 ans.

- 16 CPs. ~~AS~~ Asthme léger sans ventila-
en cas de besoin.

- S' est présentée pour Attaque
de panique.

- patiente avait subi l'échec d'une
séance de Nebulisation + (Anxiolytique
+ 1g de Mg++ + 1g de Ca++ en IVL)

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town, Villa Verte
Bouskoura - Casablanca ③
Tél.: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57

Dr. GUAPPI Othman
Anesthésiste - Réanimation
N°E: 0522512323
Pat.: 030310038

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

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient	MENNI INES	N° Facture :	0	1747L-002
-------------	------------	--------------	---	-----------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
CHLORURE DE SODIUM 0.9% PO 100ML	2	9,00	18,00
GLUCONATE DE CALCIUM 10% Injecta (50)	1	3,63	3,63
LIDOCAINE LAPROPHAN 2%20ml Injecta (01)	1	9,89	9,89
METHYLPREDNISOLONE ISIO 40 MG	1	13,70	13,70
MIDAZOLAM A 5mg Injecta (10)	2	7,87	15,74
SULFATE DE MAGNESIUM 0,15g/ml Injecta (5	1	2,50	2,50
VENTOLINE NEB	2	1,84	3,68
Sous-Total médicaments			67,14
COMPRESSE STERILE TISSEE 10X10 PQT 5	1	3,25	3,25
INTRANULE G 20 ROSE	1	2,65	2,65
MASQUE NEBULISEUR ADULTE	1	18,72	18,72
PERFUSEUR A SERUM AVEC ROBINET	1	7,80	7,80
SERINGUE 10ML	4	1,60	6,40
SERINGUE 5ML	1	1,00	1,00
Sous-Total consommable médical			39,82
Total pharmacie			106,96

(*) Conditionnement hospitalier

CLINIQUE VILLE VERDE
 Casa Green Town, N°14, Route
 Boukoura - Casablanca
 06 61 57 57 57

CLINIQUE VILLE VERTE

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

F A C T U R E

N° 2 866 / 2023 du 07/05/2023

Nom patient	MENNI INES	Entrée 07/05/2023	Sortie 07/05/2023
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION EN URGENCE RÉANIMATEUR DE G	1,00		400,00	400,00
PERFUSION	1,00		200,00	200,00
NÉBULISATION AVEC OXYGÈNE	1,00		400,00	400,00
ECG	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	1 100,00
PHARMACIE	1,00	PH	106,96	106,96
			Sous-Total	106,96
Total Frais Clinique				1 206,96

	Total général 1 206,96
Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE DEUX CENT SIX DIRHAMS QUATRE-VINGT-SEIZE CENTIMES	
0.00	

Encaissements	CLINIQUE VILLE VERTE Casa Green Town, Villa Verte Bouskoura, Casablanca ③ Tél: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57	Carte Bq 1 206,96	Total encaissé 1 206,96	Solde 0,00
---------------	---	----------------------	----------------------------	---------------

Dr. Othman
M. Othman
N° 0522 51 23 23
P. 0667 57 57 57



CLINIQUE
VILLE VERTE

ELSAN

ORDONNANCE

Casablanca le, 08/05/23.

Dr MERRI INED

Calcibromat p.

1/2 p le soir. 31/05/23

● Urgences 24h/24

● Médecine

● Chirurgie

● Réanimation

● Radiologie

● Cardiologie
Interventionnelle

● Maternité

● Réanimation
Néonatale

● Hémodialyse

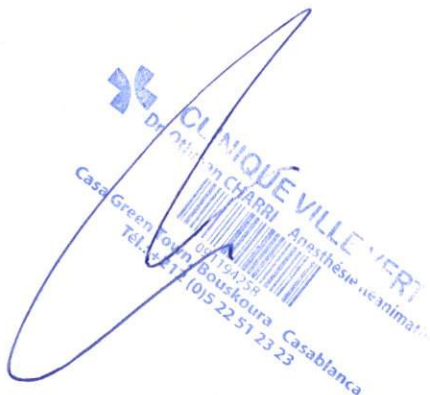


ORDONNANCE

Casablanca le, 07/05/2023

MENNI INES

ECG



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

3:12 PM
137 bpm



ID:

May-7-2023 3:

Name:

Sex: Male

Birth Date:

cm

kg

mmHg

Medication:

Vent rate 132 bpm

PR int 150 ms

QRS dur 84 ms

QT/QTc int 300/ 378 ms

P/QRS/T axis 90/ 84/ 46 °

RV5/SV1 amp 0.785/ 0.685 mV

RV5+SV1 amp 1.470 mV

1120 Sinus tachycardia

1570 with occasional ventricular premature comp

9140 ** abnormal rhythm ECG **

Unconfirmed Report

Reviewed by:

Exam:



220411121747L/

MENNI

Ines

06/04/2009

ETAGE 01

MUPRAS

08 PM

ears

ID:
MaleName:
Birth Date:

Years

Medication:
cm

kg

mmHg

May-7-2023

10 mm/mV 25 mm/s Filter: H50 d 150 Hz 10 mm/mV

10 mm/mV

10 mm/mV

Menni
INES

Rhythm [II] 10 mm/mV

