

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 protocole.

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation** : contact@mupras.com
 - O Prise en charge** : pec@mupras.com
 - O 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^o W21-799357

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9418	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661062513	Total des frais engagés :	Dhs

<p>Cadre réservé au Médecin</p> <p>Cachet du médecin :</p> <p>Date de consultation :</p> <p>Nom et prénom du malade : Age:</p> <p>Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant</p> <p>Nature de la maladie :</p> <p>En cas d'accident préciser les causes et circonstances :</p> <p>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.</p>	<div style="text-align: center;"> <p>Dr. ottman BEN YOUSSEF</p> <p>Ville Kharrbi - Casablanca</p> <p>091 23 51 23</p> <p>12 (05) 21 51 23 23</p> <p><i>MENNI INES</i></p> <p>casa</p> </div>
---	--

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 :

Signature de l'adhérent(e) :.....

RELEVE 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
08/05/2023	Boîte facture		2111,70	INP 1212 05 22 51 23 23 Bouskoura Catégorie 1 M. Bouskoura Catégorie 1 Signature : Bouskoura Catégorie 1 Date : 08/05/2023

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>								
				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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	21433552	D	00000000	B	35533411	G	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	21433552										
	D	00000000										
	B	35533411										
	G	11433553										
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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												

Compte rendu d'hospitalisation

Prénom de Mme MENNI INES, : 14 ans, admise à la clinique ville verte pour crise de panique.
ATCIS: Médicaux : suivie pour syndrome dépressif.
 chirurgicaux : RAS.

Histoire de la maladie :

Elle revient à quelques heures par l'installation d'un douleur thoracique à type d'oppression avec tachypnée

L'examen à l'admission :

Patiente souffrante, anxieuse, relève un peu de gêne respiratoire

Etat hémodynamique stable : TA = 140/40 mmHg FC = 90 bpm

Auscultation cardiaque : RAS.

Etat respiratoire stable : $\text{SpO}_2 = 97\%$ à l'air libre.

Leffement pulmonaire, Auscultation : RAS

Le reste de l'examen somatique est sans particularité
 Suscrite à ténèbre

Oxygénothérapie : O₂ 2L/min

Nébulisation aux bronchodilatateurs

Apport de mase + réhydratation

L'évolution a été marquée par l'amélioration de la symptomatologie.

La patiente fut déclarée stable ; elle fut adressée à un psychiatre à titre externe.



CLINIQUE VILLE VERTE

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

BULLETIN D'ADMISSION ET DE SORTIE

Date d'entrée 07/05/2023 Heure 14:24

<u>Nom et Prénom du patient</u>	Mlle MENNI INES	<u>Age ou Date Naissance</u>	15 - 06/04/2009
<u>N° Cin du patient ou du tuteur</u>	BW43486		
<u>Adresse</u>	villa 40 ilot cgi ville verte bouskoura		
<u>Téléphone</u>	06-61-06-09-61		
<u>Personne à appeler en cas d'urgence</u>			
<u>Médecin traitant</u>	EQUIPE REANIMATEURS DE C	<u>Durée prévue d'hospitalisation (jours) :</u>	1
<u>Motif d'hospitalisation</u>	URGENCES		1,00
<u>Affiliation à une couverture maladie</u>	OUI		

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

<u>Nom et prénom de l'assuré</u>	<u>Lien de parenté</u>
<u>Organisme assureur</u>	
<u>Mode de paiement</u>	PAYANT - MUPRAS

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

<u>Date Sortie</u>	08/05/2023	<u>Heure</u>	09:23	<u>Durée d'hospitalisation (jours)</u>	1
Nom et prénom du signataire					
					

CLINIQUE VILLE VERTE

ELS AN
TEL : 0522 51 23 23
TEL : 0667 57 57 57

F A C T U R E

N° **2 873** / 2023 du **08/05/2023**

Nom patient	MENNI INES	Entrée 07/05/2023	Sortie 08/05/2023
Prise en charge	PAYANTS		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CHAMBRE INDIVIDUELLE	1,00	CH	1 000,00	1 000,00
SURVEILLANCE MÉDICALE/JOUR	1,00		300,00	300,00
AMI (AIDE MEDICAL INFIRMIER)	1,00		300,00	300,00
PERFUSION	1,00		200,00	200,00
SEJOUR ACCOMPAGNANT	1,00		300,00	300,00
			Sous-Total	2 100,00
PHARMACIE	1,00	PH	11,70	11,70
			Sous-Total	11,70
Total Frais Clinique				2 111,70

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> DEUX MILLE CENT ONZE DIRHAMS SOIXANTE-DIX CENTIMES 0.00	Total général 2 111,70
--	--------------------------------------

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	2 111,70				2 111,70	0,00

CLINIQUE VILLE VERTE
 Casa Green Town, Ville verte
 Bouskoura - Casablanca
 Tél: 0522 51 23 23 - 0667 57 57 57