

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 :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

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 : aux maladies

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) :

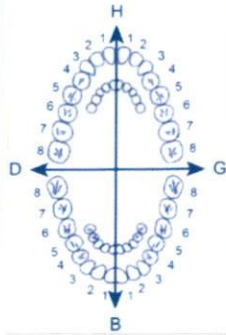
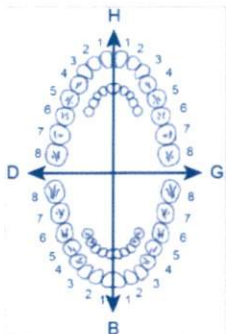
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| 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 |
| 08/05/2023 | voir facture | | 2111,70 | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| 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 Particien | 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 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 | | | | | | | | | | | | | | | |

Compte rendu d'hospitalisation

Il s'agit de M^{me} MENNI INES, 14 ans, admise à la clinique ville verte pour attaque de panique.
Atteintes Médicales : suivie pour syndrome dépressif.
chirurgicales : RAS.

Histoire de la maladie:

Elle remonte à quelques heures par l'installation d'une douleur thoracique à type d'oppression avec tachycardie.

L'examen à l'admission:

- Patiente soucieuse, anxieuse, accuse une gêne respiratoire.
- Etat hémodynamique stable: TA = 140/40 mmHg FC = 90 bpm.
- Auscultation cardiovasculaire: RAS.
- Etat respiratoire stable; $SpO_2 = 97\%$ à l'air libre.
- légèrement pleurétique, Auscultation: RAS.
- le reste de l'examen somatique est sans particularité.
- Conclut à tenir.

- Oxygénothérapie: O_2 2L/min
- Nettoyage aux bronchodilatateurs
- Apport de base + réhydratation

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

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


Dr. EL HAFID ZAKARIA
Anesthésiste - Réanimateur
CLINIQUE VILLE VERTE

CLINIQUE VILLE VERTE

EL S A N
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

Nom et Prénom du patient Mlle MENNI INES

Age ou Date Naissance 15 - 06/04/2009

N° Cin du patient ou du tuteur BW43486

Adresse villa 40 ilot cgi ville verte bouskoura

Téléphone 06-61-06-09-61

Personne à appeler en cas d'urgence

Médecin traitant EQUIPE REANIMATEURS DE C

Durée prévue d'hospitalisation (jours) :

1
1,00

Motif d'hospitalisation URGENCES

Affiliation à une couverture maladie OUI

Partie réservée aux admissions des patients affiliés à une couverture maladie

Nom et prénom de l'assuré

Lien de parenté

Organisme assureur

Mode de paiement PAYANT - MUPRAS

Nom et prénom du signataire :

Signature

Partie à compléter à la sortie

Date Sortie 08/05/2023

Heure 09:23

Durée d'hospitalisation (jours)

1

Nom et prénom du signataire

Signature

CLINIQUE VILLE VERTE
Casa Green Town, Villa Verte
Bouskoura Casablanca
Tél: 0522 51 23 23 - 0667 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° 2 873 / 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 |
|------------------------------|--------|------------|---------------|----------|
| PRESTATIONS INTERNES | | | | |
| 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 |

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

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

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