

## 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

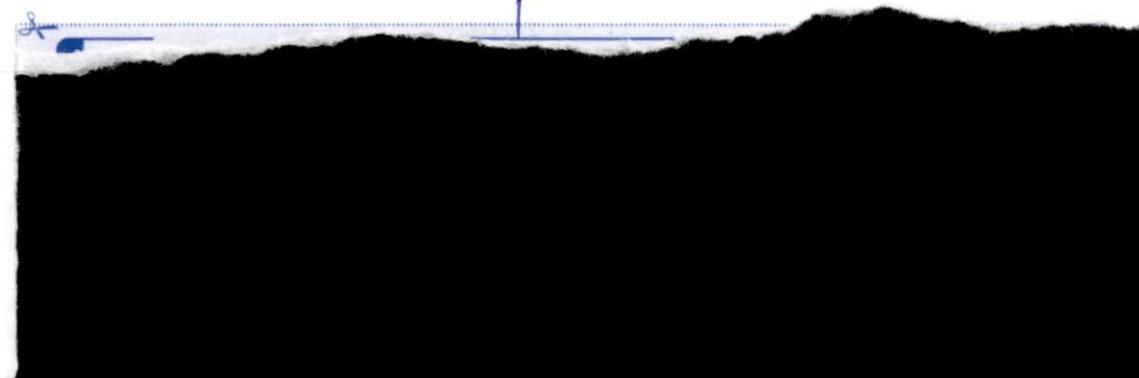
N° W21-687750

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	12168	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Quounimich Sbai
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés : 1758,60 DHS Dhs		

Autorisation CNOP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	Dr. BENNANI FAYCAL TRAUMATO-ORTHOPÉDIE INPE 091166660 05 Bd. 02 Mars, RDC Casablanca
Date de consultation :	Quounimich Kamil
Nom et prénom du malade :	Age:
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Abces ou pied
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 : Casablanca      Signature de l'adhérent(e) :  
Le : 11/04/2024



## 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
23/02/20	CDT		422.10	INPE 105 Ba. 02 M669 Casablanca
				MAURICE VILLE VERTE Maurice Ville, Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien DU DU FOURNISSEUR	Date	MONTANT DE LA FACTURE
<b>PHARMACIE LES CYPREAUX</b> <b>VILLE VERTE</b> Centre Commercial La Promenade Local C16 - Ville Verte, Bouskoura Casablanca T45 05 32 33	23/02/24	308,60 dh/s

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MÉDICAUX					
Capacité et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	
CLINIQUE VILLE VERTE Casablanca - Casablanca Tunisie - Tunisie 15-06-2024	13.08.2024 du 24.08.2024 au 21.09.2024	1	1	1	25.00 DH

#### **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"/>
				<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	G 21433552 00000000 B 11433553		<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



PPV : 74,60 DH  
LOT : 653162  
PER : 07/25



PPV : 74,60 DH  
LOT : 652731  
PER : 05/25



PPV : 74,60 DH  
LOT : 652731  
PER : 05/25



Réanimation  
Néonatale

Hémodialyse

### ORDONNANCE

PHARMACIE LES CYPRES  
VILLE VERTE

Centre Commercial La Promenade  
Local C16 - Ville Verte, Bouskoura  
Casablanca

Casablanca le.....

23/02/24

TARIF 05.22 18.24.20

KAMIL QUOUNINI CH

74,60 x 4

01



Augmenter Scoring  
1 s x 3 h, p't 14 jours  
pendant les repas.

10,20



Scoring  
1 g x 2 h p't 04 jours  
pendant les repas.

T : 308,60

+ changement de paracétamol  
choisissez jour p'wart offens.



Dr. BENNANI FAYCAL  
TRAUMATO-ORTHOPÉDIE  
INPE : 05 22 51 23 23  
105, Bd. 06 Mars, RDC  
Casablanca

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 RC : 366157 TP : 32900876 IF : 20718149

Urgences 24h/24 - 7j/7 : 06 67 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° **743** / 2024 du **23/02/2024**

Nom patient	<b>QUOUNINICH KAMIL</b>	Entrée <b>23/02/2024</b>	Sortie <b>23/02/2024</b>
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
CONSULTATION SPÉIALISTE EXTERNE HORS RÉ	1,00		400,00	400,00
PANSEMENT	1,00		250,00	250,00
<i>Sous-Total</i>				<b>650,00</b>
<b>Total</b>				<b>650,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS</b>	<b>Total général</b>	<b>650,00</b>

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	<b>650,00</b>	<b>650,00</b>	<b>0,00</b>

**CLINIQUE VILLE VERTE**  
Casa Green Town Ville Verte  
Bouskoura - Casablanca  
TEL: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57

**CLINIQUE VILLE VERTE**

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

**F A C T U R E**N° **756** / 2024 du **24/02/2024**

Nom patient	<b>QUOUNINICH KAMIL</b>	Entrée <b>24/02/2024</b>	Sortie <b>24/02/2024</b>
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
<b>PANSEMENT</b>	<b>1,00</b>		<b>100,00</b>	<b>100,00</b>
<b>Total</b>			<b>Sous-Total</b>	<b>100,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>CENT DIRHAMS</b>	<b>Total général</b>	<b>100,00</b>

Encaissements	Espèces		Total encaissé	Solde
	<b>100,00</b>	<i>CLINIQUE VILLE VERTE Casa Green Town, Ville Vert Bouskoura - Casablanca TEL: 05 22 51 23 23 - 06 67 57 57 57</i>	<b>100,00</b>	<b>0,00</b>

# CLINIQUE VILLE VERTE

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

# F A C T U R E

N° 771 / 2024 du 25/02/2024

Nom patient	<b>QUOUNINICH KAMIL</b>	Entrée 25/02/2024	Sortie 25/02/2024
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
<b>PANSEMENT</b>	<b>1,00</b>		<b>100,00</b>	<b>100,00</b>
			Sous-Total	100,00
<b>Total</b>				<b>100,00</b>

	<b>Total général</b>	<b>100,00</b>
<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>CENT DIRHAMS</b>		

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	100,00	100,00	0,00

**CLINIQUE VILLE VERTE**

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

**F A C T U R E**N° **789** / 2024 du **26/02/2024**

Nom patient	<b>QUOUNINICH KAMIL</b>	Entrée <b>26/02/2024</b>	Sortie <b>26/02/2024</b>
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
PANSEMENT	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
<b>Total</b>				<b>100,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>CENT DIRHAMS</b>	<b>Total général</b>	<b>100,00</b>

	Espèces			Total encaissé	Solde
Encaissements	100,00			100,00	0,00

CLINIQUE VILLE VERTE  
CASA GREEN TOWN, Bouskoura 20180 - Casablanca  
Tél: 0522 51 23 23 - 0667 57 57 57

**CLINIQUE VILLE VERTE**

ELSAN  
TEL : 0522 51 23 23  
TEL : 0667 57 57 57

**F A C T U R E**N° **802 / 2024 du 27/02/2024**

Nom patient	<b>QUOUNINICH KAMIL</b>	Entrée	Sortie
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>	27/02/2024	27/02/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<b>PRESTATIONS INTERNES</b>				
PANSEMENT	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
<b>Total</b>				<b>100,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total général</b>	<b>100,00</b>
CENT DIRHAMS		

Encaissements	Espèces		Total encaissé	Solde
	<b>100,00</b>		<b>100,00</b>	<b>0,00</b>

CLINIQUE VILLE VERTE  
Green Town Villa Verte  
Bouskoura - Casablanca  
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° 831 / 2024 du 28/02/2024

Nom patient	<b>QUOUNINICH KAMIL</b>	Entrée	Sortie
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>	28/02/2024	28/02/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PANSEMENT	1,00		100,00	100,00
<b>Total</b>			Sous-Total	100,00
				<b>100,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT DIRHAMS	<b>Total général</b>	<b>100,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	100,00				100,00	0,00

CLINIQUE VILLE VERTE  
Casa Green Town, Villa Verte  
Bouskoura - Casablanca  
TEL : 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° 852 / 2024 du 29/02/2024

Nom patient	<b>QUOUNINICH KAMIL</b>	Entrée 29/02/2024	Sortie 29/02/2024
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
PANSEMENT	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
<b>Total</b>				

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>CENT DIRHAMS</b>	<b>Total général</b>	<b>100,00</b>

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	<b>100,00</b>				<b>100,00</b>	<b>0,00</b>

CLINIQUE VILLE VERTE  
Casa Green Town/Ville Verte  
Bouskoura - Casablanca (3)  
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° **867 / 2024 du 01/03/2024**

Nom patient	<b>QUOUNINICH KAMIL</b>	Entrée 01/03/2024	Sortie 01/03/2024
Prise en charge	<b>PAYANTS</b>		

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
PANSEMENT	<b>1,00</b>		<b>100,00</b>	<b>100,00</b>
			Sous-Total	100,00
<b>Total</b>				<b>100,00</b>

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> <b>CENT DIRHAMS</b>	<b>Total général</b>	<b>100,00</b>
---	----------------------	---------------

Encaissements	Espèces				Total encaissé	Solde
	<b>100,00</b>				<b>100,00</b>	<b>0,00</b>

CLINIQUE VILLE VERTE  
Casa Green Town, Villa Verta  
Bouskoura - Casablanca  
Tél.: 05 22 51 23 23 - 06 67 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° 887 / 2024 du 02/03/2024

Nom patient	QUOUNINICH KAMIL	Entrée	Sortie
Prise en charge	PAYANTS	02/03/2024	02/03/2024

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PANSEMENT	1,00		100,00	100,00
			Sous-Total	100,00
<b>Total</b>				<b>100,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total général</b>	<b>100,00</b>
CENT DIRHAMS		

Encaissements	Espèces		Total encaissé	Solde
	100,00		100,00	0,00

CLINIQUE VILLE VERTE  
Casa Green Town, Villa Vert  
Bouskoura - Casablanca (3)  
TEL : 0522 51 23 23 - 06 67 57 57